

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL
CIRUG. Y CIRUJ.

ORGANO OFICIAL DE LA
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XXII

10

OCUTBRE

1954

Director:
Dr. BERNARDO J. GASTELUM

Jefe de Redacción:
Dr. DIONISIO PEREZ COSIO





en la peritonitis **Terramicina***

GUANO DE LA REVOLUCION

Después de tratar con Terramicina a 68 pacientes de peritonitis, los autores llegaron a la conclusión de que "la Terramicina es un agente antibacteriano muy útil y potente." Se comprobó que esta droga es especialmente eficaz por su "amplio espectro antimicrobiano y buena difusión en el exudado peritoneal . . ."

Después de tratar a 68 pacientes de peritonitis, los autores llegaron a la conclusión de que "la Terramicina es un agente antibacteriano muy útil y potente."

Revis. E. J. FERNANDEZ, D. S., D.M., C. P. F.
Médico, A. D. AMARAL, D.M., D.M., D.M., D.M.

- Las conclusiones vertidas en esta propaganda son de la responsabilidad exclusiva de los autores mencionados en la bibliografía.

Literatura Exclusiva para Médicos.

- Prop. DP A 1063/74 S. S. A.
Reg. DP 10025 S. S. A.



FUNDADA EN 1849

LABORATORIOS PFIZER, S. A. F. de Alta Tecnología 45-B, México S. D. F.

SR. DOCTOR:
en su mano está...

B-D**ACE** *

De usted depende que
la jeringa que use le dé un
mejor resultado.

En su mano está ahorrando
tiempo y dinero.

La jeringa **B-D** **ACE** le
garantiza calidad
y servicio.

Cada pieza es
verificada
esrupulosamente
para ofrecerle la
seguridad absoluta del
mas elevado
nivel de calidad.

CALIDAD B-D ACE.



9 MARCAS REGISTRADAS

HECHO EN MEXICO BAJO NORMAS DE CALIDAD **B-D**

IMPORTADORES Y
DISTRIBUIDORES DE:

B-D

BECTON, DICKINSON & CO.
RUTHERFORD, N.J., U.S.A.

MAPAD, S.A. de C.V.

DR. GARCIA DIEGO 170, APDO. POSTAL 2402, TEL. 21-95-60
MEXICO 7, D. F.

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO
1954-1956

Presidentes:
DR. JOAQUIN CORREA
CIDILLO

Vice-Presidente
DR. MIGUEL LAVALLE

Secretarios:
DR. ENRIQUE PERA
Y DE LA PERA

Tesoreros:
DR. JOSE GARCIA
NORIEGA

VOCALES:

Int.—Dr. Bernardo J. Guadalupe.

Dr.—Dr. Adán Valverde Guzmán.

Dr.—Dr. Blasillo Pérez Ochoa.

Dr.—Dr. José Antonio Espata V.

Dr.—Dr. Xavier Romo Díaz.

TELBARIDASE

(Pulvo
para solución inyectable)

Reg. No. 42094 S. S. A.

Prop. No. A6288-54

F O R M U L A :

Cada frasco contiene:

Hialuronidase ... 150 U.T.
(Unidades turbidez)

Cloruro de Sodio. 0.009 g.

Cada ampollita contiene:

Sulfato de Atropina
0.00025 g.

Agua bidestilada, c.h.p. 1 cm³

F O R M U L A :

Cada frasco contiene:

Hialuronidase ... 900 U. T.
(Unidades turbidez)

Cloruro de Sodio 0.009 g.

Cada ampollita contiene:

Sulfato de Atropina
0.00025 g.

Agua bidestilada, c.h.p. 1 cm³

HECHO EN MEXICO

LABORATORIOS

ALBAMEX, S. A.

Querétaro, No. 28

MEXICO 7, D. F.

Con el propósito de prestar mejor servicio
a la profesión médica en interés de su mejor
ejercicio, a partir de hoy estaremos a sus órdenes
en nuestro nuevo edificio

Seguimos
A sus órdenes! en

AL SERVICIO DEL MÉDICO

Casa Mario Padilla, S.A.
AV. CUAUHTEMOC 242 (Esquina Pasteur) TEL: 18-07-67

MOTOLINIA 16 TELS: 13-07-77
36-21-99

en el
corazón
del centro
médico

Señor Doctor:

*La Revista Médica de
CIRUGIA Y CIRUJANOS
es la de más prestigio en el País.*

Suscribase a ella

APARTADO POSTAL 8701. MEXICO, D. F.

S U M A R I O

ARTICULOS ORIGINALES

LA HISTEROTOMIA ABDOMINAL EN LA MOLA HIDATIDIFORME GIGANTE.—Por el Académico Dr. Fernando Perera Castillo y COMENTARIO por el Académico Dr. Guillermo Altaro de la Vega	457
LA FENESTRACION DEL LABERINTO.—Por el Académico Dr. Miguel Arroyo Güllosa y COMENTARIO por el Académico Dr. Ricardo Tapia Acuña	471
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS DE ORIGEN PILODINAL.—Por el Académico Dr. Horacio Martínez Villarreal y COMENTARIO por el Académico Dr. Francisco Fonseca	494
EL QUIROFANO Y LA COORDINACION TECNICA EN OPERACIONES DEL SISTEMA ESQUELETO-MUSCULAR.—Por el Académico Dr. Pablo Mendizábal	505
SINTESIS DE LITERATURA RECIENTE	508
SOCIALES	511
Discurso de bienvenida del Dr. Enrique Peña de la Peña en la Sesión de Acercamiento con la Sociedad de Cirugía de Guadalajara	511

—:O:—

CIRUJIA Y CIRUGANOS

CIRUG. Y CIRUJ.

PUBLICACION MENSUAL

Organo Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

Fundado en Junio de 1933.

Director:

DR. BERNARDO J. GASTELUM

Gerente

M. LEON DIAZ

Registrado como Art. de 2ª clase en la Admón. de Correos el 6 de Abril de 1936.

Franquicia especial Oficio Núm. 60844 del 2 de octubre de 1937.

Toda correspondencia debe dirigirse al Apartado Postal número 7994 Facultad de Medicina, esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701. México, D. F.

Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar.	Abono anual.	Núms. atrasados.
En México	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugía de todo el mundo.

Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los respectivos autores.



INTRACTO de CASTAÑO DE INDIAS 'P'

• La vitamina 'P'
en su medio natural

FLEBOCONSTRUCTOR

HEMORROIDES, VARICES,
FLEBITIS, MANIFESTACIONES
DE FRAGILIDAD CAPILAR

HECHO EN MEXICO POR:

ESTABLECIMIENTOS MEXICANOS CULIQUIL S.A.
SEGUN FORMULA DE LOS LABORATORIOS **DAUSSE**

REG. No. 21987 S.S.A.

PROP. No. A-741/30 S.S.A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS



Cirugía y Cirujanos

Órgano Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía

AÑO XXII

OCTUBRE DE 1954

NUM. 10

La Histerotomía Abdominal en la Mola Hidatidiforme Gigante

Por el Académico Dr. Fernando PERERA CASTILLO

La mola vesicular como también se la llama, es una afección de la placenta, caracterizada por la hidropesía de las vellocidades coriales asociada a una hiperfunción hormonal de su epitelio secretor.

Ha recibido cantidad de nombres, además de los dos expresados antes como: embarazo molar, mola racimosa, mola botrioides etc. denominaciones que no llevan así involucrado el concepto moderno del padecimiento. Las más aceptadas son las de mola Hidatidiforme o mal vesicular.

Descrita por Hipócrates y su discípulo Diokles, que la consideraban como una degeneración mixomatosa del corion, fué observada por médicos en diferentes edades, como Actius de Amida en el siglo VI, cuya descripción pasó casi inadvertida. Después en el año de 1564, un médico español De Cristobal de Vega, en el "Liber de Arte metendi", publicado en Lyon, describe el parto de Leonor de Santaren en que expulsó una mola vesicular con partes carnosas semejantes a tejido esplénico, todo lo cual llegó a pesar 12 libras romanas. Parece ser que es ésta, la primera descripción importante que aparece en la literatura médica.

La descripción de Schenck von Grafenberg, a quien se atribuía la primacía, parece fué posterior a la de Cristobal de Vega. (1565)

Posteriormente, Goetze, Percy y otros, creyeron que la mola era producida por un agente parasitario y describieron en las vesículas estructuras parecidas a gusanos, que le vino a dar nombre todavía en uso de mola hidatidiforme porque la creían producida por Hidátides (siglo XVIII).

De Graaf, creyó que cada vesícula era un huevo fecundo y así llegaron a describirse casos de partos múltiples registrados en la literatura antigua como el de la condesa de Hagenau que creyó haber dado a luz

los embriones en un solo parto, cuando en realidad no eran sino molas veciculares.

En el primer tercio del siglo XIX, Velpeau y madame Boivin, vuelven de nuevo con la hipótesis ya olvidada de Hipócrates, de que las vesículas no son otra cosa que la degeneración de las vellocidades coriales. H. Muller en 1847, con el florecimiento de los estudios histológicos, describe ya la hiperplasia del sincitium en el revestimiento epitelial de las vellocidades.

Para el gran histólogo alemán Virchow (1863) se trataba de la degeneración micromatosa de las vellocidades coriales, concepto que fue refutado posteriormente por Storch quien no aceptó el concepto de microma corial de Virchow, ya que el líquido que encierran las vellocidades no daba las reacciones de la mucina.

Eva Chaletsky, hace el estudio más completo de la estructura histológica de las vellocidades. Pero es Marchand el que haciendo un estudio de recapitación, (1895) aún hoy día de gran interés expone que la mola vecicular se caracteriza en esencia, por un aumento de los fenómenos de degeneración y proliferación en el revestimiento epitelial de muros de degeneración y proliferación en el revestimiento epitelial de las vellocidades (sincitio y células de Langhans); al mismo tiempo que se origina una fluidificación del estroma, causa principal de la transformación quística de las vellocidades.

Casi al mismo tiempo L. Frankel, coincide en sus trabajos con los expresados por Marchand.

Streckel e Hirschman, abordan el problema de la presencia de los quistes ováricos luteínicos en las portadoras de mola, sin llegar a sospechar su verdadera etiología. Hasta el descubrimiento de Asheim y Zondek sobre las gonadotropinas (en 1929) hipofisarias, seguidas de la comprobación de esta misma hormona en epitelio corial degenerado, en que la producción de la hormona se hace en cantidades enormes desproporcionadas a las que se densifican en la orina de mujeres de embarazo normal fetal.

Anatomía Patológica: El aspecto de racimo de uvas que se le ha atribuido en los tratados clásicos a la mola vecicular, tiende actualmente a desecharse en vista de que desde los trabajos de Stieve ya no se

acepta la configuración histológica de la vellocidad como formada por una asa vascular independiente de las demás vellocidades, y que, la mayoría de ellas permanecen flotando en los lagos maternos de la placenta. En realidad según Stieve, las vellocidades se unen unas con otras formando una gran red de armazón reticular, desarrollado en las tres dimensiones. Es después de múltiples anastomosis entre sí, que las más lejanas del corion basal, se llegan a insertar en la caduca serotina. Son pocas las que quedan flotando en sus extremos libres.

La mola vesicular es la que llega a adquirir grandes dimensiones, pudiendo simular estar en presencia de una gestación a término, cuando en realidad, la enferma asegura tener pocos meses de gestación. Puede la masa molar llegar a pesar varios kilos. Con más frecuencia, se observan molas de tamaño discreto que no discrepan mucho del tiempo de su gestación.

El tamaño de las vesículas llega a ser muy variable, desde el diámetro de pequeñas municiones, hasta, el de una uva que es el tamaño medio que llegan a alcanzar.

La mola puede ser el producto de la degeneración no solamente de los embarazos intra-uterinos, sino ya se ha señalado esta misma eventualidad en los embarazos actópicos, con situación en las trompas, en el ovario, en las placentas insertadas en el peritoneo pélvico (un caso personal observado) y aún entre las hojas del ligamento ancho, (otro caso personal en 1943, Hospital Juárez).

Habitualmente la masa molar no presenta ni huellas del embrión. Esto es sobre todo frecuente en las molas gigantes que son las que nos ocupan. Cuando el embarazo es gemelar, se han descrito situaciones en que se observa un huevo sano, junto a otro, con degeneración vesicular. Esto ha sido esgrimido como argumento en contra de los que creen que las endometritis crónicas serían responsables de esta degeneración. Pueden encontrarse cavidades llenas de líquido en la parte central de las molas gigantes. Algunas veces, se han encontrado fetos pequeños, papiráceos o en estado de maceración.

Dada la característica peculiar de la trama vascular tan rica en anastomosis entre sí en las vellocidades placentarias, estas, se hiperplasian en grandes proporciones en las molas gigantes. Es de imaginarse, la cantidad de sangre que la masa molar llega a albergar en su complicada estructura de fragilidad suma, pues, cuando se rompen sus conexiones en-

que el, producen en la postadura, muy serias pérdidas sanguíneas que pronto la cubren en anemia aguda. Los vasos sanguíneos del útero, se hiperplásian más que en una gestación normal y van a alimentar los grandes logros sanguíneos en donde nadan los trofoblastos, que, como verdaderos campiones se nutren de sangre materna.

Mola destructiva. Es una modalidad de hiperplasia del trofoblasto en que, las vellosidades arpones atraviesan la cáduca penetrando en el miometrio uterino, disociando sus elementos contráctiles, destruyendo las paredes de sus vasos, provocando metástasis de tejido corial degenerado. Esta invasión del trofoblasto puede alcanzar la cubierta peritoneal del útero. (Mola disecante) La ruptura del órgano es entonces inminente. Estas molas destructivas que según Marchand no ofrecen una marcada malignidad histológica aún cuando su hiperplasia sincicial es muy sospechosa, advierten en la clínica extraordinaria gravedad, ya que, muy frecuentemente, son causa de muerte por hemorragia o perforación.

Para R. Meyer la invasión del trofoblasto a los vasos sanguíneos, se hace con más frecuencia de la que se cree. La transformación vesicular de las vellosidades se efectúa en la luz de los vasos sanguíneos. El le llama "crecimiento intravenoso de la mola vesicular". Esta eventualidad es la que más predispone a las metástasis más variadas.

La mola canuma, tiene el aspecto macroscópico de masa espélica. Es la que presenta mayor hiperplasia sincicial y de células de Langhans. No llega a adquirir un gran tamaño, pero, dominan en ella los trastornos que producen el exagerado crecimiento hormonal que la acompaña.

Las modificaciones que sufre el útero que anida una mola son muy importantes. Casi siempre es de mayor tamaño que el de un embarazo de la misma edad. A veces esta desproporción del tamaño uterino es de tal magnitud, que el órgano llega a alcanzar las dimensiones de una gestación a término, cuando en realidad, no lleva más que unos cuantos meses. Se ve su superficie surcada por venas muy desarrolladas y de tonos rosados muy bajos. La superficie interna del útero una vez vaciada la morosa, toma el aspecto del olote del maíz cuando se le han desprendido los granos. Forman como cavidades de alveolos que retienen porciones importantes de la formación vesicular, que cuesta trabajo desprender con

CIRUGÍA Y

la ayuda de la gasa. Esto lo hemos observado en todos los casos operados. La hipotonía del músculo uterino permite manejar al órgano como si fuera una viscera gástrica, pudiendo evertir completamente su superficie interior, para poder hacer la limpieza cuidadosa en toda su extensión y no dejar ninguna porción de mola adherida. (Véase en la película)

Los ovarios de manera constante presentan crecimiento quístico, por la transformación luteínica del folículo. Las paredes de los quistes están revestidas de típicas células luteínicas. Se puede apreciar además, la existencia de típicas tecas. Yo he observado en los casos operados por mí, que estas formaciones llegan a alcanzar hasta quince centímetros de longitud. Son multiloculados, almacenan en su líquido fuertes cantidades de gonadotropina. Las formaciones quísticas son bilaterales. Sus paredes son muy frágiles por la gran distensión a la que están sometidas. Algunos autores como Mathieu afirman, que no todas las molas se acompañan de este crecimiento quístico de los ovarios; relataba que de 127 casos de molas, solamente en 14 había encontrado quistes en los ovarios. La opinión de este autor solamente se basa en hechos clínicos sin comprobación operatoria. En la clínica, no siempre es posible localizar en la exploración de las grandes molas a los ovarios; a veces quedan ocultos detrás del globo uterino crecido. En los 14 casos operados por mí siempre he encontrado el crecimiento quístico de la glándula gonadal. Los ovarios conservan su aspecto, vistos con muy potente aumento; es decir, el órgano crece proporcionalmente en todas direcciones. Después de la expulsión de la mola, este crecimiento quístico retrocede con la rapidez como pueda eliminarse la gonadotropina que el ovario almacene en sus celdas quísticas. Esto explica la presencia de la hormona en la orina de la mujer, cerca de un mes después de haber expulsado una mola.

En más del 85%, las molas se presentan entre los 20 y los 40 años; etapa de gran reproducción de la mujer. Es más frecuente en las múltiples. La aparición de embarazos molares de repetición en una misma mujer no es rara. A veces se alterna con gestaciones normales, dando a luz productos sanos, para volver a presentarse otro embarazo molar. En una de mis enfermas, así le aconteció. Por lo tanto, hay que subrayar, que el padecer una mola, no es obstáculo para que después sobrevengan embarazos normales o viceversa.

Después de la revisión de las múltiples causas poco satisfactorias que se han invocado para explicar la causa de la mola vesicular, nos queda

en primer término, como fenómeno más interesante, la hiperactividad del epitelio corial. Mathieu afirma, que la mola debe considerarse como un tumor de crecimiento rápido y de malignidad potencial por ser de origen embrionario. Blair-Bell va todavía más adelante al decir, que el epitelio corial en sus primeros tiempos está dotado de malignidad, y que, solamente pierde ésta, en los estados más avanzados del embarazo. De esto a afirmar que la mola vesicular y el coriocarcinoma van del brazo con la tendencia a la vuelta de esa malignidad inicial no hay más que un paso. De todas maneras, la pregunta inicial sería: ¿cuáles son las causas de que este epitelio corial sufra el estímulo hiperplásico que lo lleve a tal aumento de actividad? Se puede contestar que sobre esto, aún no se sabe nada y que, queda oculto en la oscuridad de la etiología de los tumores.

CUADRO CLINICO

Desde luego hay que advertir, que la frecuencia con que se presenta realmente en la clínica la mola es considerada en nuestros días como muy superior a las cifras estadísticas de los tratados clásicos. Las molas pequeñas, en que el huevo se encuentra parcialmente degenerado y que se expulsan dentro de un cuadro clínico de aborto uterino habitual, son más frecuentes de lo que se cree. Así desde 1921 Mall y Meyer, habiendo estudiado más de mil huevos abortados, encontraron una frecuencia de degeneración molar de 49%. El número de huevos enfermos encontrados por ellos constituye el 47.4%, y de este último número, el 66% correspondía, a la degeneración molar. Estas cifras están muy lejos de las que aparecen registrando la frecuencia de la mola, como entidad anatómo-patológica extensible por su gran desarrollo y macroscopia evidente. Las cifras clínicas de Bouvier, Eisen-Müller, Meyer y otros fluctúan alrededor de uno al millar. Claro está que el estudio histológico de rutina de los huevos abortados ha venido a puntualizar con más exactitud los hechos. La matriz se deshace por medio del aborto, de muchos huevos enfermos, que antes se buscaban empujados por malignidad.

Los tres elementos diagnósticos más importantes de la sintomatología son: Hemorragia, crecimiento desproporcionado del útero en relación con la edad real del embarazo y el síndrome de gestosis grave. A esto hay que agregar, la ausencia de signos fetales, tanto a la exploración

de gabinete como a la radiografía. Si esto último es evidente, la búsqueda de la falta de replesión del segmento inferior de Acosta-Sison es un signo que explorado con talento, puede contribuir al diagnóstico. Si el cuello está abierto y deja insinuar el dedo, pueden sentirse las vesículas y aún traer en la mano algunas de ellas, cuando ya hay señales de desprendimiento de la mola. La sensación de pastosidad que dan al tacto las grandes molas, así como la deformidad que pueden producir en la configuración uterina, por existir zonas en que el músculo uterino se deje distender por el mecanismo de la disociación de sus fibras, (mola destruens) es otra característica que se puede comprobar. Los dolores que las enfermas sienten en la pelvis, flancos y regiones lumbares, se observan cuando las formaciones quísticas de los ovarios, comprimen uréteres y elementos nerviosos.

Las dosificaciones por reacciones cuantitativas de las gonadotropinas circulantes, en la orina, sangre, y aún en el líquido cefaloraquídeo, que en un principio se creyeron de gran utilidad en el diagnóstico de la mola, no han respondido en la práctica por haberse comprobado que en los embarazos fetales con hiperemesis, en la generalidad, en el polihidramnios se pueden encontrar cifras tan altas de gonadotropinas en la orina y en la sangre que únicamente creíase poderlas encontrar en la mola, y aún, en el corioepitelioma. Sin embargo, la cifra de 250,000 a 500,000 U.R. de gonado-tropina es de tomar en consideración, siempre con las reservas apuntadas. Hay que dejar asentado igualmente, que las dosificaciones hormonales en la práctica diaria, no dejan de crear problemas de índole económica y técnica, que dificultan seriamente su utilización como medio de rutina.

En la práctica, la mola comienza a dar síntomas en el primer tercio del embarazo. A veces, y, es lo frecuente, se anuncia por pérdidas morenas en pozo de café o sangre verdadera. Otras es un crecimiento desmedido del globo uterino lo que da la alerta. En estos casos, pensar siempre en fibroma y gestación, para hacer el diagnóstico diferencial. En las molas tóxicas la hiperemesis domina la escena. Se presenta inclusive la gestosis grave que plantee la necesidad de averiguar cómo andan las funciones hepáticas y renales las que pueden encontrarse muy comprometidas como lo demuestra la presencia de bilirrubina, ácido úrico y creatinina aumentadas en la sangre. Estos estados cuando se ven con indiferencia catalogándolos a la ligera como vómitos habituales del embarazo, pue-

dem conducen por la pérdida de sales, vitaminas y proteínas a situaciones muy graves de la célula hepática, con degeneración grasa irreversible. En la sala 10 del Hospital Juárez, vi morir así una enferma con atrofia amarilla aguda del hígado portadora de una gran mola tóxica.

En mi Servicio de ginecología de la sala 8 del Hospital Juárez, hemos venido observando casos de molas grandes o sangrantes o tóxicas en número 2 a 3 por año, lo que nos ha inducido a utilizar para tratarlas, técnicas quirúrgicas de acuerdo con nuestras enfermas y con los recursos que el medio hospitalario nos proporciona.

CONDUCTA TERAPEUTICA

La mola vesicular, gigante, sangrante, debe considerarse como un tumor potencialmente maligno. Pone en peligro la vida de la paciente durante su expulsión, porque, esta se presenta, acompañada de fuertes hemorragias cuya magnitud nunca se puede calcular. La tolerancia de la paciente a estas hemorragias puede llegar a sus extremos límites, llevándola a la muerte por anemia aguda. El operador que practica la extracción de estas molas por vía vaginal, hace una maniobra de tacto o instrumental sobre un músculo uterino hipotónico y por lo tanto fácilmente sangrante. Como no es posible saber cuando se está en presencia de una mola destructiva, se pueden dejar proporciones importantes de ella, haciendo una expulsión incompleta que puede dar infección, hemorragia secundaria o degeneración al corio-epitelioma. Son posiblemente, los restos de mola dejados en los postumos para cohibir una hemorragia que se viene encima, y en que se recurre al taponamiento salvador con la esperanza de que se vengán las demás porciones del tumor, cuando se retira a las 24 horas, digo, es en estos casos cuando se quedan restos molares que pueden ser la semiente del corioepitelioma. (Presentamos en las transparencias un caso típico a este respecto). Es el caso de una enferma tratada por nosotros el año antepasado (1952) en que llevando tres semanas de haberle extraído una mola gigante, en uno de nuestros más conocidos hospitales de maternidad, continuó sangrando, localizando un tumor intrauterino arriba del istmo, que en cuatro días bloqueó la entrada a la cavidad uterina. La histerectomía reveló al examen histológico, un corioepitelioma sobre mola destructiva. Procuramos indagar el nombre del profesional que había intervenido en la expulsión de la mo-

la, y logramos, que nos manifestara la impresión que le había dejado su conducta y nos aseguró que él había quedado satisfecho de su actuación *creyendo haber logrado expulsar por vía vaginal la mola total*. A la enferma se le había dado su salida de la clínica *creyéndola curada*, a los cinco días, para que continuara sus cuidados en su hogar.

El Sr. Dr. Anastasio Garza Ríos q.e.p.d. presentó una comunicación a esta Academia de una ruptura del útero gestante casi a término, por una placenta parcialmente degenerada, molar de tipo destruens, según dictamen del Dr. Dn Tomás Perrín. Esta enferma se pudo salvar gracias a una oportuna intervención abdominal y a sus recursos económicos que pudieron proporcionarle varios litros de sangre.

En nuestros hospitales con frecuencia escasea la sangre para reponer la pérdida que motiva el tema que nos ocupa. Debemos pensar que en los medios de provincia, en donde no se cuenta con el recurso del Banco de Sangre ni con población civil fichada como donadores, la situación en estos casos debe de ser angustiosa para el profesional que tiene que enfrentarse con estos peligros.

La mola es una afección grave, tanto por los incidentes serios a los que expone a su portadora, como son: la hemorragia, degeneraciones de la célula hepática e infección, sino porque lleva la probabilidad de transformación maligna hacia el corioepitelioma, y todos sabemos la extraordinaria malignidad de estos tumores por su facilidad para dar metástasis pulmonares. Esta eventualidad es de observarse precisamente cuando quedando alojadas en la pared del útero porciones de mola, siguen subsistiendo y es a merced de estos restos olvidados o desconocidos en su existencia, los que darán oportunidad a presentarse la degeneración corioepiteliomatosa.

Felizmente, la especialidad toco-ginecológica ha avanzado tanto en su aspecto obstetra y ginecológico, que el divorcio que antes existía entre ellos se ha borrado, para dar paso a un solo criterio que permite afrontar en la actualidad con mejor táctica quirúrgica sus problemas.

El resolver el problema de la mola hidatidiforme por vía abdominal, atacando de lleno y con claridad ostensible los peligros que siempre se han temido, no significa más que un adelanto en la defensa contra un padecimiento, que antes se dejaba a la suerte de su portadora, sin poner nada efectivo para su protección. Conducta que tiene como mira principal al hacer la profilaxis del corioepitelioma.

Los señores Schumann y después Curtin, han abogado por esta manera de actuar. Ellos aconsejan el tratamiento de la mola por vía alta. Además, y también estamos de acuerdo con ellos, en practicar la histerotomía, cuando la mujer sea multipara y pase de los 40 años.

Seguindo esta conducta es posible hacer estudios histopatológicos transoperatorios en las zonas de inserción sospechosas de posible malignidad que en otra forma no podría descubrirse. El limpiado de la cavidad uterina es completo. La disminución del tono del músculo uterino permite la inversión del órgano volteándolo al revés, como se verá en la película cinematográfica que pasará después. Todas estas maniobras sobre el útero se facilitan y se controla la hemorragia con una ligadura control de goma que isquemia al órgano al nivel de su istmo.

El hendid de la inserción molar se hace de este modo a la vista del operador, en toda la extensión de la cavidad uterina. Hay que ver estos óvulos así abiertos para darse cuenta de la imposibilidad de vaciarlos completamente, si no es a la vista directa. Después del vaciado completo, se sutura el órgano en dos o tres planos al catgut crómico numero uno. Se restaura el tono uterino con dosis de Pitocin intramusal e inyección de Ergostat endovenoso. Es después de conseguido el tono normal cuando quitamos la ligadura del istmo de la matriz. Una vez alcanzado el globo de seguridad es cuando estamos en posibilidad que quitar los campos quirúrgicos de aislamiento y restaurar la viscera a la cavidad.

En esta forma, hemos llevado a efecto 14 casos de Mola Hidatidiforme gigante, tratados en mi Servicio de la Sala número 8 del Hospital Juárez y en clínica particular. Este criterio lo hemos venido aplicando desde el año de 1946, sin haber observado los peligros teóricos que se le puedan atribuir a este tipo de histerotomías. No hay diseminación, ni contaminación del peritoneo, porque se trabaja con útero exteriorizado y con perfecto aislamiento de la cavidad peritoneal. Las involuciones uterinas se hacen dentro del plazo normal. No hemos observado atonías uterinas postoperatorias, ni ningún caso de trombosis venosa ni de flebitis. Las enfermas han sido observadas mucho tiempo después y han concebido ~~posteriormente~~ ^{posteriormente}. Una de ellas hizo otra mola, habiendo tenido un embarazo fetal normal anterior.

En cambio he de consignar para enfatizar la utilidad de la táctica que sustentamos, el caso de una de nuestras enfermas que portadora de una gran mola sangrante y tóxica, no pudo expulsarla con inducción de

ocitócicos. Se le propuso su extirpación abdominal que no quiso aceptar con la esperanza de la expulsión espontánea. Cuando se presentó ésta, cayó en anemia aguda por la fuerte pérdida sanguínea que ameritó varias transfusiones de sangre. Supe que la enferma meses después, presentó metrorragias con la comprobación histológica de degeneración maligna. Fué operada, ya tarde de histerectomía; 6 meses después, moría de cáncer pulmonar seguramente por un corioepitelioma. Y era una mujer joven, primigesta de 26 años.

COMENTARIO

Por el Académico Dr. Guillermo ALFARO DE LA VEGA

El comentario al trabajo del Dr. PERERA CASTILLO, que hoy nos leyó, es sumamente breve; me voy a referir a su parte final que es la esencial, ya que la inicial en la que hace una amplia exposición de los antecedentes históricos, etiológicos, patogénicos, clínicos y de diagnóstico, no tienen relación alguna con la parte esencial del referido trabajo que señala el título, aunque a lo asentado en el párrafo de diagnóstico creo pertinente hacer más adelante una aclaración.

Frecuencia.—Estos datos se señalan, porque en ellos, entre otros de no menor importancia, apoyamos nuestro criterio.

La Micromola está presente, como lo aseguran otros autores y PERERA CASTILLO también, en el 47% de los huevos abortados en las primeras semanas del embarazo.

La Mola Clínica, llamémosla así en oposición a la Micromola que no tiene sintomatología y signología peculiares, presenta una frecuencia de 1.4 por mil, con un índice de malignidad de 3.7%, según nuestros datos personales.

Para ser más preciso. De las 3824 mujeres que ingresaron a los Servicios de Maternidad del Hospital General de México, en el lapso comprendido entre el 1º de enero de 1949 y el 31 de mayo de 1954, 54 presentaron degeneración molar y de éstas, dos tuvieron degeneración coriocarcinomatosa posterior, dando los porcentajes señalados en el párrafo

anteriores. Datos estadísticos absolutamente similares con los obtenidos por Novak y otros Autores.

Diagnóstico.—Entre los elementos de diagnóstico señalados por el Dr. PERERA CASTILLO, asegura que la dosificación de Gonadotropina Coriónica no ha respondido a las promesas iniciales, por lo que se tiende a abandonar tal recurso diagnóstico.

No estoy de acuerdo; la dosificación de Gonadotropina Coriónica, perfectamente realizada en el suero sanguíneo, fué y es de gran utilidad constituyendo un medio inapreciable, no solamente en el diagnóstico del embarazo hipertónico con huevo no necesariamente degenerado y el huevo enfermo, etc.

Es posible, pero remoto, que algunas gestosís de la primera mitad del embarazo, puedan dar cifras altas de Gonadotropina Coriónica, como el embarazo hipertónico, pero en cualquier forma dan cifras lo suficientemente altas para confundir al Laboratorio o al Clínico.

La Emesis Gravidica, la Hipertensión Gravidica, el Embarazo Gemelar y el Hialumion, no elevan sus cifras de Gonadotropina más allá de los límites normales que se consideran y solo lo hacen en aquellos casos en que se asocian a una degeneración molar o a una Gestosís Hipertensiva de la primera etapa de la gestación.

Conducta Terapéutica.—La señalada en el texto del Trabajo me parece inadecuada, cuando se hace en forma rutinaria, por lo siguiente:

La Mola Hidatiforme, como lo señala el Dr. PERERA CASTILLO, puede considerarse como un tumor maligno en potencia, y cuando la degeneración maligna se presenta, no es previsible y por lo tanto diagnosticable en su iniciación, por medios clínicos; por el estudio macroscópico del huevo degenerado o de su continente, y si sospechable por el estudio histopatológico que el anatomopatólogo está en situación de proporcionarlos.

Las pequeñas porciones dejadas entre las fibras musculares del miometrio sobre todo a nivel de los ostiums uterinos de las trompas no son demostrables por el ojo humano y bien pueden ser punto de partida de una degeneración Coriocarcinomatosa.

Solamente los medios clínicos son capaces de apoyar un diagnóstico de alta malignidad, en las formas clínicas de Mola Destructiva o Tene-

brante, que deforman en mayor o menor grado el útero, hecho que es identificable manualmente y al que debemos asociar el estudio anatómico patológico cualitativo del huevo degenerado.

Siendo consecuente con la idea terapéutica sustentada por el Dr. PERERA CASTILLO, cosa que no lo soy, todas las micromolas que se abortan en las primeras semanas del embarazo deberían ser tratadas en igual forma, hecho no factible por una razón obvia: la falta de diagnóstico clínico.

La posibilidad de la degeneración Goriocarcinomatosa, debe siempre tenerse en la mente y no siempre obedece a un antecedente molar, aunque este sea el más frecuente.

En nuestro concepto, no hay medios en la actualidad que nos satisfagan, para evitar la tantas veces mencionada degeneración y sí, medios clínicos y de laboratorio que nos permiten descubrirla a tiempo para establecer una terapéutica adecuada y oportuna.

La Microcesárea, en nuestro concepto, estará indicada cuando las condiciones generales de la enferma, grande anemia o hemorragia pertinaz, precarias condiciones nutricionales de la enferma, estén presentes, una, algunas o todas estas eventualidades antes de la iniciación del aborto molar, o bien, cuando la inducción de este haya fracasado al intentarse. Aún más, la Microcesaria seguida de Histerectomía ampliada se planteará, cuando la incisión de la pared uterina sea manifiesta, posiblemente también en la mujer añosa o en la que el estudio histopatológico del huevo señale la posibilidad de una mola maligna.

Finalmente, la vigilancia cuidadosa de la mujer que ha padecido una mola, es una circunstancia que no debe pasarse por alto, circunstancia que el autor omite.

Nosotros rutinariamente establecemos la situación de la enferma mediante el estudio clínico; la cuantificación de la hormona gonadotrópica coriónica y el raspado, biosia, entre el 15 y 20 días; así como también entre el 45 y 60 días que siguen a la evacuación del útero, aún cuando no existan datos que nos hagan sospechar tenemos presente la degeneración coriocarcinomatosa. Estos lapsos serán acortados y las exploraciones repetidas, cuando la sintomatología de la enferma sea no digamos evidente, sino simplemente sospechosa.

*La Fenestración del Laberinto **

Por el Académico Dr. Miguel ARROYO GUIJOSA

He creído de interés dar a conocer a ustedes en la forma más sucinta posible, los detalles más sobresalientes sobre la intervención quirúrgica denominada "Fenestración del laberinto".

Desde luego, doy excusa por anticipado a aquellas personas, que enteradas del asunto, no podrán oír nada nuevo.

Sobre este tema se han escrito muchos trabajos, algunas verdaderas monografías, pero supongo que no han sido leídas por cirujanos que no cultivan la especialidad.

La operación ha sido muy discutida, y de ella existen opiniones muy disímolas, pero podríamos recordar para ella las palabras que a propósito de la amigdalectomía dijo el Maestro Gurría Urgell: "La operación es una respetable dama que la desprecia quien no la conoce".

No es la intervención ni sus indicaciones fruto de las últimas décadas como piensan algunas personas, sino por el contrario, tiene una larga historia. Los primeros esfuerzos corresponden a Kessel en 1876; a Passow en 1897; a Barany en 1910; a Jenkins en 1914; y a Holmgren en 1917.

Sourdille en 1924, hizo una comunicación a la Academia de Medicina de París sobre su operación que llamó "*Tímpano Laberintopexia*", técnica que realizaba en tres o más etapas, dejando pasar de tres a cuatro meses entre cada una de ellas.

En 1926 Lempert marcó una etapa nueva a la operación. En 1941, Lempert modificó su propia técnica denominándola "operación de Fenestra Novo-ovalis".

A Lempert se le deben los procedimientos siguientes: 1) El uso para la operación de fresas eléctricas semejantes a las dentales. 2) La crea-

* Trabajo leído en la sesión del día 31 de agosto de 1954.

ción de la fistula dentro de una cavidad timpánica recientemente constituida, llena de aire y herméticamente cerrada. 3) Reconstrucción del canal óseo externo. 4) La extirpación cuidadosa del endostium y 5) La técnica endoaural.

Por último, hay que mencionar que Shambough de Chicago, modificó la técnica de Lempert en lo siguiente:

1.—Dejar una delgada lámina de tejido endocral, retardando de esta manera la formación de hueso nuevo en la fistula.

2.—La cuidadosa extracción de todo el polvo y partículas de hueso por medio del aparato de irrigación y aspiración continua que para ese objeto ideó.

3.—No traumatizar el endostium en las márgenes de la fistula.

4.—Cuidadosa extracción de todas las partículas de hueso que puedan quedar adheridas al colgajo cutáneo ayudándose del microscopio o de la lupa.

5.—Adilgazar el colgajo de tal manera que el epitelio escamoso constituido quede sobre la fistula, por ser éste inhibidor de la osteogénesis.

6.—Evitar el derrame sero-sanguinolento dentro de la fistula, ya que al resorberse, puede dejar una degeneración del órgano de Corti.

FUNDAMENTOS FISIOLÓGICOS

Los fundamentos fisiológicos de la operación, se pueden resumir diciendo, que la intervención trata de establecer en otra parte del laberinto una ventana que sustituya o tome el lugar funcional de la ventana oval, que se encuentra inutilizada por la anquilosis de la platina del estribo a ese nivel.

La otosclerosis se conoce también como, otospongiosis, capsulitis laberíntica, hemoopatía acústica, sordera progresiva laberíntica, presbiacusia pueril, otitis metaplástica crónica, otitis vascular, otitis fibrosa circunscrita, sordera idiopática degenerativa, etc.

Todos los nombres anteriores sugieren la idea de querer sintetizar concepciones clínicas, anatomopatológicas y etiológicas. En realidad, los padecimientos de la cápsula laberíntica son de diversos órdenes y entre ellos debemos mencionar los que provienen: a. de atrofas del hueso. b.

de procesos inflamatorios, c. de fracturas del temporal, d. por padecimientos metabólicos de la cápsula, e. endocrinopatías, f. condrodistrofias, g. osteogénesis imperfectas, (osteosatirosis, fragilitis ossium) h. osteitis deformante (Paget), i. otoesclerosis.

No es nuestro propósito describir los diversos tipos de las lesiones enumeradas y sólo resumiremos el último tipo por ser el tema de este trabajo.

ANATOMOPATOLOGICA

La otoesclerosis, es un padecimiento óseo, localizado a la cápsula laberíntica u ótica. Se le considera como una osteodistrofia, similar aunque no idéntica, a la de las enfermedades de Recklinghausen y de Paget.

Desde el siglo pasado, en numerosos países se ha trabajado para determinar las particularidades anatomopatológicas del padecimiento. Entre las personas que más han contribuido a estos estudios se deben recordar a Wittmach, Nager, Kosakobe, T.H. Bast, Anson y Wilson, Guggenheim Guild, Anson y Martin, etc.

El acuerdo general es que se trata de una ostiodistrofia de la cápsula laberíntica, caracterizándose la afección por la formación de focos de ese tipo que alteran la constitución normal de hueso. Cuando las lesiones fijan el estribo, anquilosando su articulación con la ventana oval, aparecen los síntomas típicos de la sordera de conducción. Si las lesiones avanzan, y lesionan los conductos nerviosos o fijan ambas ventanas, los déficit auditivos se complican con características de las sorderas de percepción.

La osteodistrofia puede desarrollarse en áreas circunscritas o en forma difusa.

El proceso patológico puede describirse en los siguientes episodios: *reabsorción localizada en el hueso por erosión lacunar, reemplazamiento por una lámina delgada inmadura de hueso, nueva reabsorción lacunar y restitución por más hueso inmaduro con fibrocitos dentro del último.*

Existe generalmente una demarcación precisa entre el hueso enfermo y el sano.

El foco otoescleroso tiene estructura semejante al reticulado embrionario. Los cuerpos interglobulares de Manasse, o sean los restos de la

cápula original que se encuentran entre las láminas de hueso compacto de la segunda capa de la cúpula laberíntica, llamada *encondral*, desaparecen del área *encondra*.

El proceso de *resubstitución* tiene lugar por medio de osteoclastos en las legañas de Howship y a veces en los canales perforantes de Volkman. El hueso *resubstituido* crece en ocasiones en forma tumoral, y puede envolver estructuras nobles como el estribo, canales óseos, ventanas, etc., con las correspondientes atrofas y degeneraciones del nervio acústico, del laberinto membranoso, órgano de Corti o ganglio del mismo nombre. Las lesiones pueden ser no aparentes y quedar mudas siendo en ocasiones hallazgos puramente histológicos al estudiar temporales. La *otosclerosis* se considera generalmente como bilateral pero puede aun que raramente ser unilateral.

ASPECTO CLÍNICO

El padecimiento tiene características hereditarias aunque no se ha determinado según caso su tipo. En la mayoría de nuestros pacientes hemos encontrado el antecedente cuando menos de tipo familiar. Está caracterizado por el síndrome de Bezold: sordera de tipo de conducción, progresiva, que aparece en la edad juvenil o pocos años después, con los antecedentes hereditarios y familiares positivos y con membrana del tímpano normal. En los casos avanzados cuando la afección se ha hecho difusa y se han lesionado nervios, canales o ambas ventanas, los defectos de audición toman el tipo perceptivo. El principio de la enfermedad aparece comúnmente entre los 16 y los 30 años, y algunas veces se ha observado antes de esas edades. La velocidad de evolución de los síntomas es de tipo individual, pudiendo existir épocas en que permanece estacionaria.

La influencia del embarazo según Shambaugh, ha sido sobre estimada. Sin embargo, en nuestra experiencia, si creemos que en los pacientes con *otosclerosis* los embarazos marcan etapas más rápidamente evolutivas.

Un gran número de *otosclerosis* sufren de acúscos (ruidos de oído) no estando aclarada perfectamente su causa. Pueden aparecer vértigos más o menos en un 25% de los pacientes, pero las pruebas vestibulares no revelan anomalías. La peracusia de Willis o sea que los

CIRUGÍA Y

pacientes oyen mejor en medios ruidosos, se presenta muy frecuentemente.

Generalmente, el tímpano es normal o muestra formas especiales de ligera atrofia. El signo de Schwartz, enrojecimiento del promontorio debido a una anormal vascularización del foco otoescleroso se encuentra en un alto porcentaje de casos.

Las pruebas audiológicas revelan pérdidas en el límite de los tonos bajos conservando normal los tonos altos. El signo de Schwabach se encuentra alargado. El Rinne negativo; Waber lateralizado al oído más sordo, Gelle negativo; en la prueba de Gelle modificada por el que habla, se encuentran datos negativos a presiones hasta de 20 centímetros de mercurio. Después de la insuflación de aire por el método de Politzer, no se encuentra mejoría de la audición, en contraste con los padecimientos del oído medio y de las otitis crónicas adhesivas.

Cuando la sordera toma caracteres de perceptiva, se modifican los signos anteriores acortándose el Schwabach y cayendo los límites de los tonos altos. Pueden aparecer síntomas laberínticos por extensión del proceso a ésta región, tales como vértigo, náusea y trastornos del equilibrio. Por otra parte, frecuentemente, muestran cambios psíquicos; son suspicaces, preocupados, sensibles y usualmente retraídos.

INDICACIONES

La operación tiene indicaciones precisas que se deducen claramente de sus distintas etapas evolutivas; si la sordera es de conducción pura, al abrir un nuevo acceso a las ondas sonoras hacia el órgano de Corti, los resultados serán excelentes; pero cuando esté comprometido el oído interno o sea, cuando aparece sordera de tipo mixto o perceptivo, la operación va siendo según los grados cada vez menos indicada.

El estudio cuidadoso de la situación audiológica de los pacientes será la base para establecer la indicación y ofrecerles en forma más o menos correcta el porcentaje de mejoría para su audición.

En resumen: se toma en cuenta el estado del oído interno para estudio de la conducción ósea en las frecuencias que corresponden al lenguaje articulado; 500 y 1000 y 2000. Cuando todas ellas no llegan a percibirse a más de 30 db, la operación se considera como excelente. Si

una de ellas necesitan 10 o más días, el caso es simplemente bueno, pero si 2 o más de esas frecuencias necesitan 10 o más días, la operación debe considerarse contraindicada.

Ultimamente, estamos tomando mucho en cuenta el resultado del estudio logaudiométrico, especialmente en la prueba de captación a nivel de monosilábicos que nos traduce el porcentaje de discriminación y el índice de adaptación social de los pacientes.

La falta de estos estudios cuidadosamente interpretados, ha dado lugar a que se operen enfermos que no eran candidatos ideales, sino hasta contraindicados, dando origen a fracasos que desprestigian el método.

TECNICA DE LA OPERACION

Primer tiempo

1º.—Se acostumbra dar a los enfermos una serie de notas impresas en que se anotan los posibles riesgos operatorios y se les fija su pronóstico aproximado, para que ellos elijan entre operarse o usar un auxiliar eléctrico.

2º.—Por supuesto, se debe determinar el riesgo quirúrgico mediante el cuidadoso examen físico general, incluyendo los análisis preoperatorios.

3º.—Anestesia local.

Se usa el tipo de bloqueo nervioso, mediante solución de Nupercaina al 1:1,500 con adrenalina al 1:10,000, que parece dar mejores resultados que la Novocaina, por tener efectos más prolongados.

Se bloquean los ramos timpánicos del nervio auriculotemporal inyectando en el punto de unión del conducto auditivo cartilaginoso y óseo en su pared anterior.

Los ramos del nervio auriculotemporal del área suprameática se bloquean inyectando en la piel y el tejido subcutáneo arriba del meato.

La rama auricular del vago se bloquea inyectando las paredes inferior y posterior del conducto hasta el borde anterior del cartilago de la oreja (Fig. 1).

Las ramas del plexo cervical que llegan a la oreja se bloquean a lo largo del pliegue pos-auricular (Fig. 2).

4º.—Incisiones endoaurales.

La incisión puede describirse en dos tiempos: la primera es sobre el conducto auditivo abajo del cartílago y con una profundidad suficiente para que llegue hasta el hueso (Fig. 3) la segunda incisión comienza en el mismo punto que la anterior y se dirige directamente hasta arriba hasta el punto medio entre el meato y el borde superior de la oreja (Fig. 4). Las dos incisiones están unidas formando una sola y llegan ambas hasta el hueso.

Con una legra de Lempert se levanta el periostio hasta descubrir el hueso de la punta de la mastoides y de la escama del temporal (Fig. 5).

Se coloca el refractor automático endoaural de Shambaugh (Fig. 6) y se abre éste montando las partes blandas sobre las hojas del separador con ayuda de un disector fuerte, quedando ampliamente expuesta la mastoides y la región posterior del conducto auditivo (Fig. 7).

5º.—Formación del colgajo plástico de piel.

El colgajo plástico de piel es timpano-cutáneo, será usado para cubrir la fenestración y en este momento debe prepararse.

La piel de la pared anteroinferior del meato se separa del hueso con cuidadosa disección (Fig. 8).

Se hacen dos incisiones empezando la primera inmediatamente junto a las membranas timpánicas la cual termina en la parte expuesta del hueso de la escama y el ángulo anterosuperior del meato (Fig. 9).

Se hace una segunda incisión partiendo también de la proximidad del tímpano en la unión de las paredes anterior y superior del conducto (Fig. 10). Ambas incisiones deben hacerse con un cuchillo muy bien afilado con profundidad suficiente para que lleguen al hueso.

Usando una lupa binocular e instrumentos bien afilados se adelgaza lo más posible y cuidadosamente el colgajo y se va disecando éste con un elevador de Lempert hasta llegar al anillo timpánico. Cuando el colgajo está terminado, se protege con una pieza de algodón estéril humedecida en solución de Ringer o con una gasa parafinada, cuidando de esa manera el colgajo de posibles lesiones de la fresa y de polvo de hueso o partículas de él (Fig. 11).

La operación se hace en tres tiempos y debe terminarse cada uno

DR. MIGUEL ARROYO CORTINA



inyección en pared anterior "C. A. E.



Puntos de inyección Post-auriculares.



Primera incisión endoaural



Segunda incisión endoaural



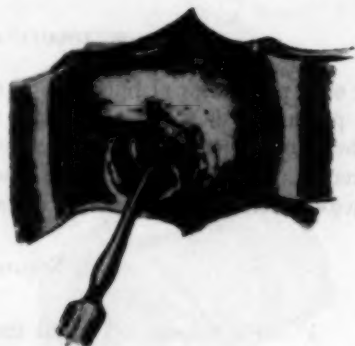
Fig. Retración del peristilo

CIRUGÍA Y

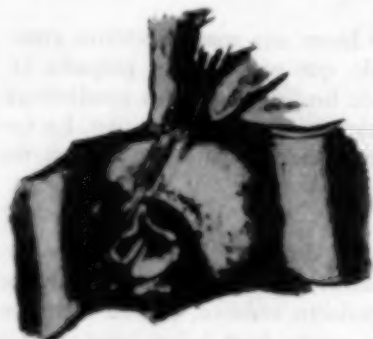
FENESTRACIÓN DE LABERINTO



Exposición de la corteza mastoidea



Elevación de la piel del C. A. E.



Primera incisión de piel y elevación de ella en la pared anterior



Segunda incisión del C. A. E.



Aplicación de una gasa parafinada para proteger el colgajo de piel

de ellos para pasar el siguiente. Si el cirujano no logra dejar perfectamente preparado el colgajo, no debe seguir adelante la operación. Abrir el laberinto, sin tener la manera correcta de cubrir la ventana, expone innecesariamente a la laberintitis que no dejaría ninguna oportunidad para mejorar satisfactoriamente la audición.

Segundo tiempo

1º.—Exposición del canal óseo semicircular horizontal.

Este será el segundo tiempo de la operación para hacer en él la fenestración.

Originalmente Lempert, recomendó hacer una mastoidectomía completa, pero la experiencia ha demostrado que una cavidad pequeña cicatriza más rápidamente, es más fácil de limpiar y que sus condiciones acústicas se aproximan más a las normales del conducto auditivo. La exposición del tejido óseo debe ser la indispensable para poder tener un acceso adecuado al canal horizontal en el ítico.

2º.—Mastoidectomía.

Esta técnica es usada por Shambaugh desde 1947. Usando una fresa redonda y cortante de 3 ó 4 milímetros de ancho, se quita el hueso que está sobre la pared superior del conducto auditivo, en una zona que se extiende sobre su contorno hasta un punto de 4 ó 5 milímetros atrás de la pared posterior del mismo (Fig. 12). Al estar haciendo este trabajo el polvo de hueso es aspirado pudiéndose lavar el campo operatorio con solución de Ringier para tener una visión clara de él. Se debe cuidar en este tiempo de no exponer y menos lesionar la duramadre.

Se continúa la extirpación de las celdillas neumáticas que se abren en el ítico utilizando cucharillas finas de Lempert 00 ó 000, con todo cuidado hasta que se encuentre el yunque. Se continúa entonces hacia adelante y abajo hasta descubrir la articulación del yunque y el martillo, exponiendo la cabeza de este último. Logrado lo anterior se extirpa el tejido necesario hasta dejar descubierto el canal horizontal. En este tiempo se debe cuidar mucho no lesionar el facial (Fig. 13).

3º.—Extirpación del puente.

La pared adelgazada del conducto, en su parte superior, forma un puente sobre la hendidura de Rivinus, que se extirpa usando la pinza de

FENESTRACIÓN DE LABERINTO



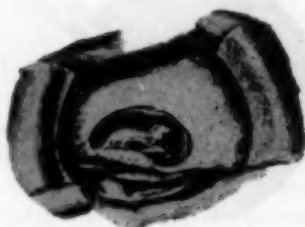
Aticotomía



Exposición de los huesecillos



Extirpación de la pared ósea del C. A. E.



Extirpación ósea completa



Rotación del colgajo de piel

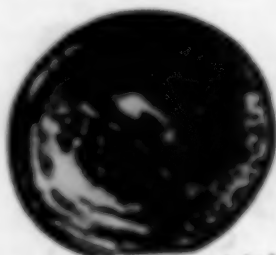
DR. VICENTE ARROYO CORTINA



Colocación del aditamento.



Canal óseo semicircular horizontal descubierto



Capa encondral laberíntica. Línea gris visible



Fractura de la última capa de hueso encon-
fenestra com



CIRUGIA Y

pared posterior de Lempert. Se debe asegurar que el periostio del colgajo esté completamente levantado a este nivel para no herirlo, cuidándose también de no lesionar la cuerda del tímpano. (Fig. 14). Al quitar el puente, queda abierta la hendidura de Rivinus y el yunque completamente expuesto, viéndose claramente su apófisis corta y su apófisis larga articulada con el estribo. La hendidura se amplía con una cucharilla 000, quitando la parte anterior y posterior.

4º.—Osculectomía Parcial.

La articulación del yunque y el martillo, se incide con un cuchillo de parasentesis tomando cuidado de no lesionar el facial. El yunque se desarticula del estribo por tracción y rotación de su cuerpo y cuando está libre es extraído. La cabeza del martillo se amputa cortando el cuello con la pinza especial de Lempert, cuidándose de que las ramas cortantes están paralelas al colgajo para no herir la membrana de Shrapnell. (Fig. 15).

5º.—Perfecta exposición del canal semicircular horizontal.

La prominencia del canal semicircular horizontal, en la parte media del ático y el canal óseo del nervio facial en la porción inferior de éste, quedan ampliamente expuestos. El estribo y su tendón emergen de la parte posterior de la porción petrosa. La eminencia cocleariforme anterior y la cuerda del tímpano, también quedan expuestos. El canal es definido extirpando con cucharilla 000, las celdillas óseas que se cubren hasta que aparece el tejido liso y duro de él (Fig. 16). En este segundo tiempo de la operación se ha estado haciendo la extracción de todo el polvo y las partículas de hueso por irrigación intermitente y succión. La perfecta hemostasis debe ser una regla, pudiendo controlar el sangrado de algunas celdillas óseas por medio de la cucharilla, cera o amalgama.

Tercer tiempo

Es ésta la parte crucial de la operación. En el se hace la ventana o fenestra. Su creación plantea 3 problemas principales: 1º. Prevención del cierre por osteogénesis, 2º. prevención de la laberintitis serosa posoperatoria y 3º. asegurar al máximo posible la mejoría de la audición, atendiendo el mecanismo de conducción de los oídos después de la operación.

DR. MIGUEL ARROYO CENJOSA



Posición sobre la fenestra del colgajo



Colocación de empaque de seda.



Colocación del tapón miento con esponja

Fig. 9



Sutura de piel



Operación completa

CIRUGIA V

FENESTRACIÓN DE LABERINTO

Para lograr el primer punto, se debe lograr la limpieza inmaculada como llama Shambaugh. El polvo y partículas de hueso deben eliminarse bajo el control microscópico, lo que asegurará que por este concepto no haya osteogénesis. Para lograrlo, se usa con ventaja el aditamento ideado por Shambaugh en 1940. Se trata del irrigador y aspirador automático. (Fig. 17). Con su uso se logra ver claramente el canal horizontal y se evita que el polvo de hueso entre al espacio perilinfático. Se debe bajo observación microscópica, asegurar que no queden adheridas partículas óseas o acúmulos de polvo de hueso en el colgajo (Fig. 18).

También para evitar el cierre por osteogénesis, hay que hacer la exposición adecuada de la capa endocrinal, menos activa osteogénicamente, alrededor de la fenestra. El endostium del margen de la fenestra no debe extirparse ni herirse, debe quedar intacto todo el borde de ella. La fenestra debe cubrirse con el colgajo o injerto, adelgazado lo más posible y sumamente limpio, sobre todo en la porción que cubre las márgenes de la fenestra. El hueso de alrededor de la ventana debe pulirse con una fresa de oro para obstruir canalículos óseos. Por último, debe evitarse la fibrosis hasta donde sea posible, por una asepsia perfecta, por el cuidado de que no exista hemorragia dentro del laberinto y por prevención del traumatismo del colgajo que ocasionen reacciones inflamatorias.

Para el segundo punto o sea la prevención de la laberintitis serosa postoperatoria, se debe tomar en cuenta que el más bajo nivel de infección en la cavidad operatoria puede inducir a una laberintitis serosa. La importancia de mantener una asepsia queda manifiesta. El uso temprano en el período postoperatorio de antibióticos es una feliz medida para prevenir accidentes, pero la quimioterapia no sustituye una buena técnica aséptica.

La hemorragia en el espacio perilinfático es la segunda causa etiológica de las laberintitis serosas. Antes de hacer la ventana se debe asegurar una perfecta hemostasis. La inflamación traumática del colgajo, con el resultado de exudados serosanguinolentos y de productos tóxicos de las células lastimadas, que entran al laberinto, es la tercera causa de las laberintitis serosas. La disminución al mínimo de traumatismos para manejar y adelgazar el colgajo, evitarán el accidente.

En relación al tercer problema de asegurar la mejoría de la audición tomando en cuenta la transmisión del sonido después de la operación, de-

DR. NIKUSA, ARROYO CÉSPEDA



Posición sobre la fenestra del colgajo



Colocación de empaque de seda.



Fig. 2

Colocación del taponamiento con esponja

al oído.



Sutura de piel



Operación completa

CIRUGÍA Y

debemos recordar que es muy importante la integridad del tímpano y en segundo lugar recomendar el sitio en el canal horizontal donde se debe hacer la fenestra. Por experiencias hechas se ha concluido que el mejor sitio es la superficie lateral del canal óseo, inmediatamente atrás del ámpula.

Resumiendo: después de hacer la limpieza perfecta del colgajo, de cerciorarse de la integridad de éste rotándolo y presentándolo (Fig. 18) y asegurar la hemostasis perfecta, y de colocar el aparato de irrigación y aspiración continua (Fig. 19) se procede al tiempo de descubrir la capa encondral del laberinto en el canal semicircular horizontal. Por medio de una fresa de pulir de $2\frac{1}{2}$ mm. de ancho y dándole rotación hacia afuera del canal del facial, se aplica ésta sobre la superficie lateral de la prominencia del canal semicircular horizontal, haciendo finos trazos de adelante a atrás lentamente, hasta ver aparecer una sombra gris que traduce el lumen del espacio perilinfático a través del hueso adelgazado (Figs. 20 y 21).

En este momento el microscopio cubierto con protecciones estériles se coloca en su adecuada posición (Figs. 22 y 23). Cuando aparece la sombra gris, en el sitio de la futura fenestra, se aplica la fresa en las partes anterior, superior y posterior de ellas, adelgazando la capa perióstica hasta que se expone la capa encondral de los canales horizontal y superior 4 ó 5 mm. enfrente, arriba y hacia atrás de la sombra gris. En este tiempo se debe cuidar de no abrir el canal ni lesionar el nervio facial. El microscopio ayuda mucho en este tiempo.

Hecho lo anterior se procede a hacer la fenestra, ampliando y alargando la zona gris en una área de 2 por 4 mm. quedando su extremo anterior en las inmediaciones de la extremidad posterior del ámpula. En este momento se presentan al paciente mareos, náuseas y vómitos.

A medida que se amplía el área fracturando fragmentos del hueso endosteal, los síntomas anteriores se hacen más manifiestos, y la manobra debe ser cuidadosa para no hundir fragmentos en el espacio perilinfático. El tamaño completo de la fenestra se obtiene con la fresa de pulir. La fresa de oro de 14 kl. rotando rápidamente pule el hueso encondral, alrededor de la fenestra.

Finalmente los fragmentos fracturados del hueso endosteal, que permanecen adheridos a la membrana del mismo nombre, son levantados

cuidadosamente y extraídos a través de la boca de la ventana usando los ganchos microscópicos especiales de Shambaugh (Figs. 24 y 25).

Utilizando los mismos ganchos, los fragmentos de la membrana endocrinal son doblados tanto como sea posible sobre los bordes filosos de la ventana terminada, colocándolos sobre ellos en forma de bisagra.

En este momento el canal semicircular horizontal endolinfático, se ve claramente con su ensanchamiento ampular. El espacio perilinfático con sus delicados capilares se ve claramente con el microscopio de operación.

Institutos que terminada la operación debe volverse a inspeccionar la limpieza y dejar las cavidades "inmaculadas" libres de polvo y fragmentos óseos, de sangre, coágulos, etc. para asegurarse éxito.

Colocación del Colgajo

Después de la revisión de éste bajo microscopio y cuando se está seguro de su absoluta limpieza, se coloca con un movimiento de rotación sobre el canal horizontal a modo de cubrir la ventana. (Fig. 26). El colgajo es sostenido con pequeñas gasas humedecidas en solución de Ringer o como lo hemos hecho más frecuentemente con gasa vaselinada y con esponja de mar, estéril, humedecida con Ringer y sulfadiazina en polvo. (Fig. 27). Nosotros hemos usado más frecuentemente taponamiento de la cavidad con la misma gasa vaselinada y sulfadiazina en polvo. (Fig. 28).

Sutura de la Piel

Se quita el retractor automático y la incisión supracutánea se sutura con puntos separados de seda. Se colocan apósitos estériles y venda de gasa. (Figs. 29 y 30).

COMPLICACIONES DE LA OPERACION

Accidentes operatorios. Pueden suceder desgarros o arrancamientos del colgajo, perforaciones de la membrana timpánica, perforaciones del canal endolinfático laberíntico, sección de la cuerda del timpano, des-

cubrimiento del nervio facial, sección accidental del mismo, laceración de la duramadre, perforación del seno lateral y fractura del estribo.

La complicación más temida es el cierre de la ventana. En estos casos puede hacerse revisión y reapertura de la ventana en casos indicados y nunca para satisfacer la curiosidad del cirujano. El tiempo indicado es cuando menos 1 año después de la operación, aunque lo ideal es hacerlo después de 2 años ya que después de este lapso la vascularización, fibrosis y poder osteogénico del hueso no son tan activos y exponen menos a un segundo fracaso.

La revisión está contraindicada en todos aquellos casos en que las pruebas audiológicas revelan un defecto de tipo nervioso o laberíntico. Se piensa en general que en la mayoría de los casos es preferible operar el otro oído si está indicado, que hacer operaciones de revisión en el oído operado.

RESULTADOS

1º.—El cierre osteogénico de la ventana, por largo tiempo el mayor obstáculo para el éxito, ha sido controlado por el perfeccionamiento en la técnica, no siendo actualmente problema.

2º.—La operación al tener todo el éxito posible deja una pérdida auditiva para la conducción aérea de 25 a 30 db. por el impedimento que representa al sonido la pérdida de huesecillos, desaparición de la caja y cambios acústicos por la misma operación.

3º.—Con la selección correcta de los casos, se ha disminuído en forma considerable el número de fracasos.

4º.—La laberintitis serosa postoperatoria sigue siendo la causa más frecuente e importante en los casos que fracasan.

5º.—Existe la observación clínica que después de la operación, el proceso evolutivo de la otoesclerosis se estaciona, o cuando menos disminuye notablemente su ritmo sin que hasta la fecha se conozca la causa.

6º.—Estadísticamente la operación produce una mejoría significativa de la audición en un 85% en pacientes seguidos de 6 a 14 años. Estos datos los menciona Shambaugh, de 3000 casos estudiados por él y son sensiblemente los mismos datos de las estadísticas del Instituto Nacional de Cardiología, en manos del Dr. Bustamante Gurriá. En los casos par-

DR. MIGUEL ARROYO GÓJOSA

pacientes operados por mí, existe mejoría significativa en 19 casos de 26, lo que da un promedio de éxitos de 73%.

Estos resultados fueron observados en pacientes con antigüedad de 6 años a 2 meses del más reciente.

BIBLIOGRAFIA

- ARROYO GÓJOSA Miguel. *El Médico*.—Año I, Núm. 3:18, 1951.
BUSTAMANTE CURRIA A. *La Prensa Médica Mexicana*. 549, 1945.
BUSTAMANTE CURRIA A. *La Prensa Médica Mexicana*. 171, 1944.
FOWLER E. P. *Medicine of the Ear, Nose and Throat*. 1947.
LEDERER F. L. *Diseases of the Ear, Nose and Throat*. Sixth Edition Philadelphia. 1912.
LEMPERT Julius.—*The Laryngoscope* Vol. 60 No. 8: 740; 1950.
LEMPERT Julius.—*Archives of Otolaryngology*. Vol. 47:280; 1948.
SHAMBAUGH G.E. Jr. *Annals Otolaryngology Supplementum LXXXIX*-1949.
SHAMBAUGH G.E. Jr. *The Journal of the International College of Surgeons* Vol. XIX: 104, 1953.
SHAMBAUGH G.E. Jr. *The Laryngoscope*. Vol. 62, No. 5:461, 1952.
SHAMBAUGH G.E. Jr. *AMA Archives of Otolaryngology* Vol. 53:243; 1941.
SHAMBAUGH G.E. Jr. *Transactions AMA Supplement Nov.-Dic. 1947*.
TORRE GAMBOA Fernando U.N.A. Teón - 1947.
WALFSON L.E. and FISCHER J. *The inner ear*. George Stratton. 1943.

COMENTARIO

Por el Académico Dr. Ricardo TAPIA ACUSA

Cumpla con la honrosa designación que tuviesen a bien hacerme en I.H.H. miembros de la Mesa Directiva de nuestra Institución, comentando el trabajo de mi compañero y amigo, el Sr. Dr. M. Arroyo Gójosa.

Es un bien documentado y meditado trabajo que pone de manifiesto la experiencia y dedicación del ponente en los intrincados y aún no definitivamente resueltos problemas de la sordera.

CIRUGÍA Y

El concepto de "otoesclerosis" ha sido bien definido y expuesto por el Dr. Arroyo y lo mismo puede decirse en lo que respecta a la historia de la "fenestración". A mi modo de ver, los más prominentes personajes de esta importante intervención han sido Holmgren, Sourdille y Lempert. El primero por sus esfuerzos en demostrar que es posible mejorar la audición del otoescleroso mediante la fenestra en el canal semicircular externo, el segundo al crear nuevas técnicas que hicieron posible la aplicación práctica del procedimiento con éxito y Lempert modificando favorablemente la técnica y creando nuevos horizontes que hacen vislumbrar mejores resultados en el tratamiento de la sordera. Al lado de ellos se encuentran otros muchos entre quienes destaca, sin duda, Shambaugh.

Por considerarlo oportuno y de justicia, quisiera añadir los nombres de los médicos que iniciaron la fenestración en nuestro país. El primero fue el inolvidable maestro Darío Fernández, quien fuera miembro fundador de esta nuestra Academia y por muchos conceptos una de las honras de la Cirugía Mexicana. Tengo muy presente el recuerdo de cuando yo le ayudaba en sus prácticas de la fenestración en el cadáver, en las que me llamaba mucho la atención su extraordinaria habilidad para abrir la ventana mediante un sólo golpe de cincel y martillo. Poco después supe que había practicado la operación en el vivo. Pero ignoro los resultados. Esto sucedió por los años 1931 o 32, época en la que yo todavía era estudiante.

Más tarde, en 1935, mi compañero de labores y amigo, el Dr. Luis Vaquero practicaba con éxito aparente la operación de Sourdille en el Pabellón 22 del Hospital General y poco después empleaba también la técnica de Lempert, introduciendo así la cirugía moderna del laberinto en nuestro medio.

La anatomía patológica de la otoesclerosis y las indicaciones de la fenestración han sido perfectamente expuestas por el Dr. Arroyo y nada habrá que agregar, excepto quizá, que de acuerdo con Altmann, estas lesiones solamente se presentan en el hueso temporal y nunca han sido vistas en los animales.

Respecto a la técnica, como bien ha señalado Arroyo, mucho es lo que podría decirse si hubiera tiempo para ello. Todos los investigadores y Lempert es el primero de ellos, reconocen que ha habido y toda-

ya existen puntos oscuros y por esa razón recurren con gran frecuencia a pequeñas modificaciones que en cada ocasión pretenden dar la solución definitiva al problema más serio o sea el lograr que la ventana permanezca abierta, evitando a toda costa la osteogénesis. En el trabajo presentado por Lempert en la Habana, con motivo del III Congreso Panamericano de Otorrinolaringología y Broncoesofagología, cree haber dado la explicación correcta del motivo del cierre de la ventana y apunta que la solución está en provocar la invaginación del colgajo y aconseja mantener dicha invaginación colocando una pequeña pieza de algodón humedecida con solución de Ringer sobre dicho colgajo, exactamente en el sitio de la ventana. Este pequeño tapón sería independiente del paquete o paquetes de algodón o gasa que por varios años se han empleado para inmovilizar el colgajo y que de esta manera se adhiera permanentemente. Aún más, hace muy poco el mismo Lempert, ha hecho una nueva innovación a la técnica, rebajando circularmente el lugar correspondiente al sitio de la ventana y después levantando la pared al modo de Soundille. Esta innovación ya fué practicada en el Pabellón 22 con buenos resultados inmediatos.

Los resultados de la operación han sido muy discutidos, especialmente en los Estados Unidos de Norteamérica, en donde la estadística es muy grande, ya que el procedimiento tuvo auge extraordinario durante la década comprendida entre 1940 y 1950. En un principio, los operadores daban como casos de éxito definitivo porcentajes muy elevados que después fueron reducidos hasta casi la mitad, para elevarse nuevamente aunque con cierta cautela. Por mucho tiempo se creyó que si la ventana permanecía abierta durante dos años, nunca más volvía a cerrarse. Shambaugh considera que la curación es permanente después de 5 años. Sin embargo, Lempert ha reportado recientemente algunos casos en los que los pacientes han gozado de una magnífica audición entre los 3 y los 7 años siguientes a la operación y que repentinamente presentaron sordera irreversible a pesar de que pudo comprobarse que la ventana permanecía abierta y libre.

Las estadísticas nacionales son todavía demasiado pequeñas para que representen un dato de importancia sobre el resultado final de la intervención. El adelanto de orden clínico y audiométrico que últimamente ha tenido la audiológica en lo que respecta al topodiagnóstico será sin duda de gran valor para llevar a cabo dichas estadísticas con

FENESTRACIÓN DE LABERINTO

mayor apego a la realidad. Hay que considerar que aún en lo que se refiere a la fisiología de la audición, todavía hay ciertas discrepancias. Los investigadores trabajan incansablemente y Arroyo Güijosa puede ser considerado en nuestro medio uno de ellos, dada la dedicación y cariño que está demostrando para esta clase de problemas. Mis mejores deseos son el que siga trabajando arduamente y que el éxito corone sus esfuerzos para su propia gloria y de la otorrinolaringología mexicana.

Mis felicitaciones más cordiales.

Diagnóstico y Tratamiento de la Fístulas de Origen Pilonidal *

Por el Académico Dr. Horacio MARTINEZ VILLARREAL
Correspondiente en Monterrey, N. L.

Las fístulas que se localizan en el perineo, ameritan diagnósticos etiológicos y anatomotopográficos precisos para que el tratamiento consista en la curación definitiva del padecimiento. La falta de esos requisitos, supuesto que todo lo demás se lleve en orden, trae fracasos terapéuticos con las consiguientes recidivas y consecuencias de todo orden, tanto para el paciente como para el cirujano tratante.

Se agrupan con relación a su origen en "ano-rectales" y "extra-anorrectales" con sus subgrupos respectivos de "intra-esfinterianas" y "extra-esfinterianas" y "complejas", "ciegas internas" y "ciegas externas" las primarias y "osteopitéricas", "urinarias" y "coecíginas" o "congénitas", las secundarias.

De estas últimas nos vamos a ocupar exclusivamente de acuerdo con lo que lleva el título de este trabajo.

Se observa generalmente, sobre todo en el niño, en la piel de la región sacro-coecígrafa, sobre la línea media, en el espacio que separa el borde inferior del sacro al nivel del coxis o por debajo del mismo, una depresión o fosita más o menos acentuada, desprovista de vello, es la fosita coecígrafa de EKCR, el infundíbulo coecígrafa de HERURTAUX, y resultaría según el primero, de las modificaciones que sufre la eminencia coecígrafa del embrión en el curso del desarrollo; y según HERMANN Y TOURNEUX, de la inserción en la cara profunda del dermis de vestigio de los ligamentos del aparato atrofiado que en el hombre, representa la cola de los mamíferos. En esta fosita o por encima

* Trabajo leído en la sesión del día 5 de Septiembre de 1954.

FÍSTULAS PILONIDALES

de ella, se observan en muchos individuos, uno o varios orificios que constituyen las llamadas fistulas coccígeas, los senos pilosos o pilonidales. Sus bordes están cubiertos de epitelios y a veces se ve emerger un vello de su interior. Su tamaño varía desde el grueso de un cabello hasta un poco más de medio centímetro de diámetro. Múltiples, llegan a constituir un verdadero rosario, alineados en el rafé medio de la región; es excepcional que se localicen a sus lados. Profundamente pueden estar en relación con un *quiste dermoide*, que con vellos en su interior es capaz de infectarse o llegar a sufrir la transformación neoplásica. Su extensión es corta alcanzando como máximo la que les permite el esqueleto subyacente. Clásicamente se admite que tienen una dirección hacia arriba y hacia adelante; pero el doctor J. SUAREZ MELENDEZ de Montevideo, les asigna la que va directamente hacia el ano: hacia abajo y hacia adelante. Nosotros en los que hemos explorado, hemos encontrado ésta última, aunque nos preguntamos si el *proceso inflamatorio* fuera capaz de modificar su topografía, siendo otra antes de la infección.

Existiendo la malformación congénita, obran como causas determinantes indirectas las irritaciones y directa la infección en una región en peligro de inoculación y con condiciones favorables para su realización.

Sin ninguna manifestación patológica ordinariamente en el principio de la vida, es entre los diez y siete años y los treinta cuando se observan sus alteraciones. La infección del o de los senos pilonidales origina su inflamación con rezumamiento y la obliteración de su orificio o la propagación de la infección al quiste dermoide, un absceso coccígeo localizado, que puede abrirse espontánea o quirúrgicamente o propagarse a las regiones glúteas o al periné posterior y al anterior y hasta la cara posterior de ambos muslos según un caso que relata el doctor VERNON C. DAVIS de Chicago. En nuestros tres casos, dos de ellos comprendían las regiones glúteas y el periné posterior y el restante las regiones mencionadas y el periné anterior. Al no haber propagación, quedando localizado el rezumamiento se constituye la llamada "fistula coccígea" y al haberla hacia las regiones del periano, las "fistulas perineales de origen coccígeo o pilonidal".

DIANOSTICO.—Los datos que suministra el paciente en el in-

terrogatorio sin duda que tienen importancia, ya que orientan a la localización del padecimiento en sus comienzos, hacia la región sacrococcígea; aparte de que suele este mal presentarse de preferencia en los jóvenes.

Pero es el examen físico el que debe suministrar los datos que nos permitan establecer el diagnóstico.

Desde luego examinemos al paciente en posición genupectoral pues que con ella abarcamos ampliamente la región sacrococcígea también, la que dista mucho de ser francamente accesible en la posición de la talla o ginecológica; en la mujer se podría emplear la posición de SIMS.

Los orificios fistulosos cutáneos se localizan preferentemente cuando son de origen urinario en el *periné anterior* (LEJARS) aunque no es raro que invadan respectivamente alguna otra de las porciones señaladas.

Tendría importancia para orientar el diagnóstico a su origen conjunto la emergencia por el orificio cutáneo secundario de una fistula, de algunos vellos; por lo demás cabe solo añadir que en caso de duda sobre su origen urinario es pertinente administrar colorantes de eliminación renal (azul de metileno, indigo, carmín).

No es raro palpar como condones indurados, sobre todo en los casos antiguos, los trayectos fistulosos; pero siempre debe practicarse su exploración por medio de estilete fino o de sonda acanalada, recordando para el efecto de los datos que se puedan recoger, que deben de evitarse las maniobras forzadas que constituyan falsas rutas, pues que no siempre es fácil esta exploración ya que los trayectos son anfractuosos y presentan obliteraciones parciales segmentarias. Es más, frente a los orificios cercanos al ano en las porciones anterior y laterales existe la tendencia natural a pensar en su origen anorectal y juzgar que se trata de una fistula cirga externa de ese origen, cuando realmente se trata de una de origen pilonidal. A la inversa en las fistulas de la hemisírculo posterior, puede orientarse el estilete hacia la región sacrococcígea cuando en realidad se trata de una fistula de origen anorectal mín cuando como sabemos éstas, si son posteriores presentan una trayecto curvilíneo de concavidad anterior. A pesar de todos los inconvenientes señalados siempre empleamos este medio de exploración que no deja de suministrar ayuda.

FÍSTULAS PILONIDALES

También usamos la inyección de solución al 1 por ciento de azul de metileno, y últimamente la constituida por partes iguales de ésta y de agua oxigenada, preconizada por SUAREZ MELENDEZ, por el trayecto fistuloso, la que combinada a la rectoanoscopia y a la inspección de la región sacrococcígea nos puede poner de manifiesto el origen de la fistula.

Y si es menester recurrimos al examen clínico y radiográfico del esqueleto regional (huesos de la pelvis, articulación coxo-femoral).

Y a la exploración del aparato génito urinario (próstata) por medio del *tacto rectal*, que además nos pondrá al tanto de algún otro padecimiento allí existente (hemorroides, enfermedad de NICOLAS-FAVRE, cáncer) que pueden ser causantes de abscesos perianales y de las fistulas consecutivas; y uretra posterior (cateterismo explorador).

En suma que no omitimos medio de exploración a nuestro alcance y creemos que así debe de hacerse, para investigar la existencia de las fistulas pilonidales y evitar las consecuencias de su desconocimiento.

ESTADISTICA PERSONAL.—En los últimos cinco años hemos operado 54 casos de fistulas perianales, 49 en hombres y 5 en mujeres. De las 49 citadas 3 fueron de origen congénito o pilonidal.

Uno de 35 años de edad, con 6 orificios secundarios 2 en la región glútea derecha, uno en la izquierda, uno en el periné posterior y dos en el anterior.

Otro de 42 años de edad, con 7 orificios secundarios 2 en cada una de las regiones glúteas y 3 en el periné posterior.

Y el último de 28 años de edad, con 3 orificios secundarios: uno en cada región glútea y uno en el periné posterior.

Los tres casos apuntados fueron tratados quirúrgicamente siguiendo el procedimiento que en seguida señalamos, con éxito, después de haber sufrido el 3º una, el 2º dos y el 1º tres operaciones infructuosas, en otras manos.

TRATAMIENTO.—Anestesia raquídea con Pantocaína. Posición: decúbito prono. Previa nueva inyección de la mezcla de solución al 1 por ciento de azul de metileno y agua oxigenada a partes iguales, incisión iniciada circunscribiendo para extirparlos la totalidad de los senos pilonidales hasta el hueso y resección completa de los trayectos que

DR. HORACIO MARTÍNEZ VILLARREAL.

por su evolución lo ameritaban una vez desbridados, y raspa con cuchilla de las porciones sin ese carácter. Taponamiento después de espolicar sulfatiazol. Penicilina y estreptomina a las dosis habituales los 6 primeros días. Curaciones diarias primero y terciadas después. Los pacientes fueron dados de alta por curación a los 44 días el 1º; a los 36 el 2º y a los 30 el 3º.

CONSIDERACIONES.—Como única consideración, señalamos la necesidad de pensar en el origen pilonidal o congénito de las fistulas del periano y la de explorar cuidadosamente a los enfermos que las presentan a fin de conducir en debida forma su terapéutica.

BIBLIOGRAFIA.

- TESTUT L. et JACOB O.—*Traité D'Anatomie Topographique*. Tome Second. 1931.
LEJARS FELIX.—*Explication Clinique et Diagnostique Chirurgicale*. Densieme Edition. 1927.
LEWIS DEAN.—*Practice of Surgery*. Volume VII. 1936.
BEGOUIN.—*Traité de Pathologie Quirurgicale*. Tome IV. 1934.
SUAREZ MELENDEZ J.—Fistulas Perianales de Origen Congénito ARCHIVOS URUGUAYOS DE MEDICINA, CIRUGIA Y ESPECIALIDADES. Tomo XXX. No. 3. Mayo de 1947.

COMENTARIO AL TRABAJO REGLAMENTARIO DEL ACADEMICO DR. HORACIO MARTINEZ VILLARREAL TITULADO "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS PERIANALES DE ORIGEN PILONIDAL".

Por el Académico Dr. Francisco FONSECA

El Sr. Dr. Horacio Martínez Villarreal nos plantea y resuelve en su trabajo el diagnóstico y el tratamiento de las fistulas de origen pilonidal presentándonos su estadística personal que comprende tres casos curados satisfactoriamente.

CIRUGIA Y

FÍSTULAS PILONIDALES

Principia el ponente por una clasificación de las fistulas perianales dividiéndolas en anorectales y extraanorectales y entre éstas últimas nos habla de las coccígeas o congénitas que las considera de origen pilonidal.

Refiriéndose a éstas nos habla de su origen embrionario y de su aspecto en los niños antes de la pubertad.

Se refiere a las dificultades de diagnóstico haciendo hincapié en que es necesario explorar cuidadosamente la región sacrococcígea en todo paciente de fistula perianal. Nos habla de algunos métodos de exploración de las fistulas por medio del estilete o de la sonda acanalada con el propósito de averiguar su dirección y orientarse en su origen. Emplea también una solución de azul de metileno y agua oxigenada para explorar los trayectos fistulosos y saber si son ano-rectales o no.

Pasa después a relatarnos su estadística personal en la que nos refiere haber tratado 54 casos de fistulas perianales de los cuales tres fueron de origen pilonidal y llegaron a sus manos después de haber sido intervenidas por otros cirujanos, habiendo obtenido éxito en el tratamiento de las tres.

Finalmente y de una manera sucinta se refiere al tratamiento que él practicó previa anestesia raquídea e inyectando solución colorante por las fistulas para orientarse y extirparlas completamente; espolvoreando con sulfatiazol y taponando con gasa. Como tratamiento post-operatorio aplicó penicilina y estreptomina los cuatro primeros días y practicó curaciones diarias al principio y terciadas después.

En cuanto a la técnica operatoria lo único que nos dice textualmente es: "Insición iniciada circunscribiendo para extirparlos la totalidad de los senos pilonidales hasta el hueso y resección completa de los trayectos que por su esclerosis lo ameritaban una vez desbridados y raspa con cucharilla de las porciones sin éste carácter."

Concluye su trabajo exponiendo como única consideración la de la necesidad de pensar en el origen pilonidal o congénito de las fistulas del periano y la de explorar cuidadosamente a los enfermos que las presentan a fin de conducir en debida forma su terapéutica.

A propósito del Tema traído a discusión esta noche deseo agregar algunos conceptos sobre los quistes pilonidales y las fistulas secundarias a los mismos.

Los quistes pilonidales son poco frecuentes en nuestro País, sobre todo en la Ciudad de México, pues durante los 29 años de ejercicio profesional en mi Servicio de Cirugía del Hospital General, que recibe enfermos principalmente de la Ciudad, pero también un porcentaje alto de diversas regiones de la República, solamente he observado y tratado alrededor de 5 casos y recuerdo uno más en mi clientela particular. En cambio en los Estados Unidos de Norte América, es extraordinariamente frecuente el padecimiento, al grado de haber constituido un serio problema médico en el Ejército, principalmente en la Marina durante la última guerra mundial.

Thom y Rother, apoyándose en las estadísticas de la Marina de los E. U., afirma que el padecimiento al que me refiero se presentó casi tan frecuentemente como la apendicitis, lo que nos da idea de la enorme frecuencia con que se presenta en el País del Norte.

Ignoro el por qué de esta frecuencia en los Estados Unidos, en relación con nuestro País, pero creo que es importante establecerlo y puntualizarlo.

La mayor parte de los autores estadounidenses acepta que el quiste pilonidal es congénito y debido a la invaginación de estructuras cutáneas en la línea media de la región sacrococcígea lo que ha sido comprobado microscópicamente.

Durante la pubertad los estímulos endocrinos que provocan el desarrollo de las estructuras cutáneas como el vello y las glándulas sebáceas actúan sobre éstas y provocan el desarrollo del quiste pilonidal que posteriormente se infecta por estar muy cerca del ano y en el pliegue interglúteo que en gran número de personas se irrita fácilmente por el sudor.

En esta forma se constituyen las fistulas secundarias a los quistes pilonidales infectados, que habitualmente presentan sus orificios en la región sacrococcígea pero que algunas veces llegan más lejos hasta el periné y las regiones glúteas, especialmente cuando han sido tratados quirúrgicamente por procedimientos inadecuados.

Es indispensable como lo hace notar Martínez Villareal hacer un diagnóstico preciso, para ello lo importante es recordar el padecimiento siempre que nos encontremos frente a un enfermo con fistula o fistulas del periné o de las regiones glúteas lo que nos obliga a hacer una

detenida y minuciosa exploración de la región sacrococcígea para establecer un diagnóstico diferencial con los demás padecimientos fistulizantes del periné.

Creo que es muy importante además de la minuciosa exploración física, hacer un cuidadoso interrogatorio que nos dará la clave del diagnóstico haciéndonos conocer la existencia de la tumoración y los pequeños orificios en la región sacrococcígea mucho antes de la infección del quiste y de la fistulización del mismo.

Naturalmente cuando existe duda aún después del cuidadoso interrogatorio y de la minuciosa exploración física será necesario recurrir a las radiografías tanto de las estructuras óseas como de las fistulas mismas, con objeto de llegar a un diagnóstico preciso que será lo único que nos permita practicar la intervención adecuada para la curación del padecimiento.

En relación con el tratamiento creo necesario establecer que es indispensable antes de operar, combatir enérgicamente la infección con todos los medios que actualmente tenemos a nuestro alcance, pues los resultados serán distintos según se opere en plena infección o si ésta ha sido combatida eficazmente.

Todos los autores están de acuerdo en la necesidad de la extirpación total del quiste pilonidal para obtener una curación radical, por lo que los procedimientos de la simple desbridación, de la aplicación de sustancias esclerosantes y de la marsupialización del quiste han sido totalmente abandonados.

En lo que las opiniones se dividen es en relación con la técnica a seguir después de la extirpación completa del quiste; habiendo hasta la fecha cuatro maneras de proceder a este respecto: 1º taponando la herida sin suturar buscando una cicatrización de la profundidad a la superficie por granulación. Este procedimiento es en mi concepto el más seguro en relación al porcentaje alto de curaciones que produce, pero tiene el inconveniente de ser muy lento, pues en algunas ocasiones la curación se obtiene al cabo de tres, cuatro meses o aún más; siendo costoso para el enfermo y retirándolo por todo este tiempo del desempeño de sus actividades.

2º Suturando parcialmente. Este procedimiento consiste en suturar los tejidos profundos, dejando abiertos los bordes de la piel y el tejido

celular en donde se introduce gasa en forma de cufa para dar salida así a los líquidos de la herida. Es más rápido que el anterior pero tiene un porcentaje mayor de recidivas.

3º *Suturado totalmente.* En este procedimiento se utilizan hilos de material inabsorbible, seda, algodón o hilos metálicos. Se colocan dos planos de sutura, uno profundo y otro superficial y varios puntos que abarcan desde la superficie hasta la profundidad separados 4 centímetros de los bordes de la herida y en forma de puntos de tensión ya sean dobles o sencillos y sostenidos en a piel por botones o pequeños collares de gasa. Esta técnica es la que da un porcentaje mayor de cicatrizaciones por primera intención, pero que exige mayores cuidados tanto pre como postoperatorios porque cuando la técnica seguida no ha sido muy escrupulosa en relación con la hemostasia y con el trato de los tejidos se producen gran cantidad de recidivas. A pesar de sus inconvenientes en este sentido, es la técnica que ha sido usada en la Marina de los Estados Unidos, con el objeto de obtener curaciones en el menor tiempo posible.

4º Haciendo una plastia de colgajo de pedículo ancho para corregir el espacio que deja la extirpación en block del quiste pilonidal. A últimas fechas el Dr. Thomas J. Lalor, de Rhode Island, presenta un grupo de 25 casos tratados por el procedimiento del colgajo de pedículo ancho en los que ha obtenido las siguientes ventajas: 1º un tiempo de cicatrización de 4 a 6 semanas; 2º Corto periodo de hospitalización; 3º No requiere apósitos múltiples ni cuidados prolongados del cirujano; 4º El paciente no se aparta largo tiempo de su trabajo; 5º El colgajo cubre la región sacrococcígea con buen acofinamiento que difícilmente producirá dolor o resapertura de la herida; 6º Aun cuando en circunstancias desafortunadas haya alguna necrosis en el extremo del colgajo, el tiempo de cicatrización no se retarda mucho, ya que la tensión cutánea es disminuida por el resto del colgajo.

Esta técnica bastante novedosa consiste en practicar la extirpación del quiste por una incisión triangular de base superior o inferior de acuerdo con la situación de los trayectos fistulosos, en lugar de la incisión usual semielíptica de la mayor parte de las técnicas (Fig. 1).

La extirpación en block deberá ser hecha hasta la fascia presacra. De la base del triángulo se hará una incisión curva para modelar un

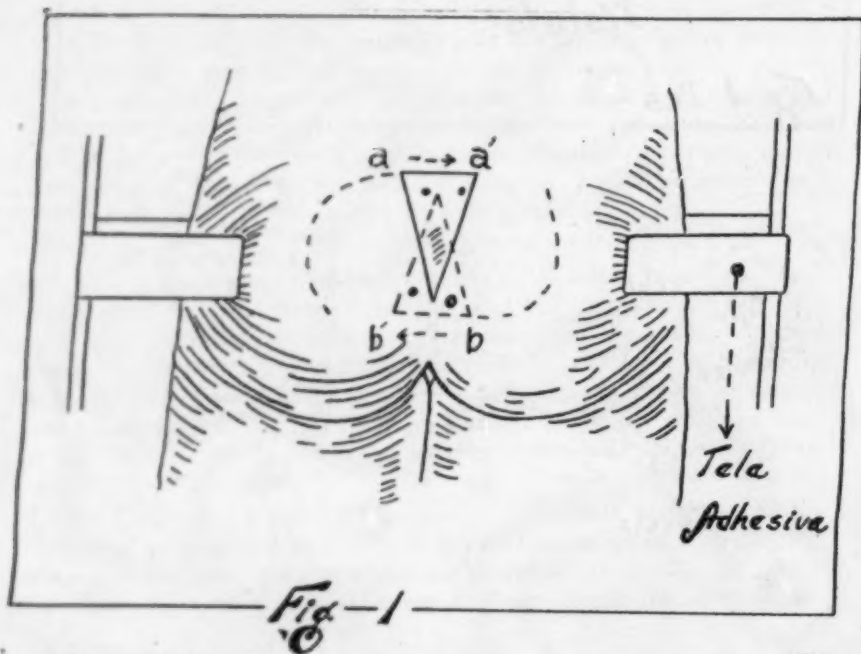
FÍSTULAS PILONIDALES

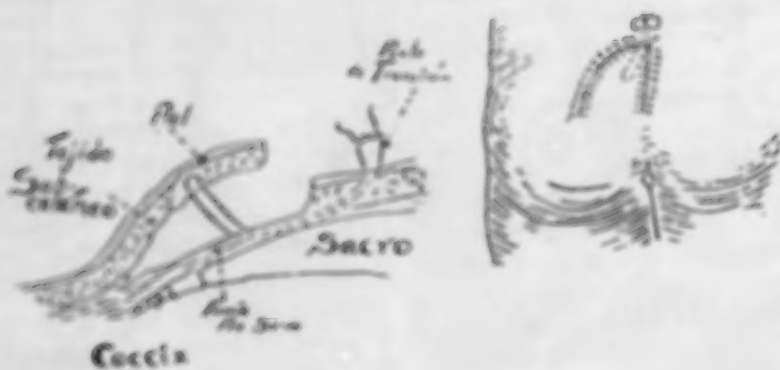
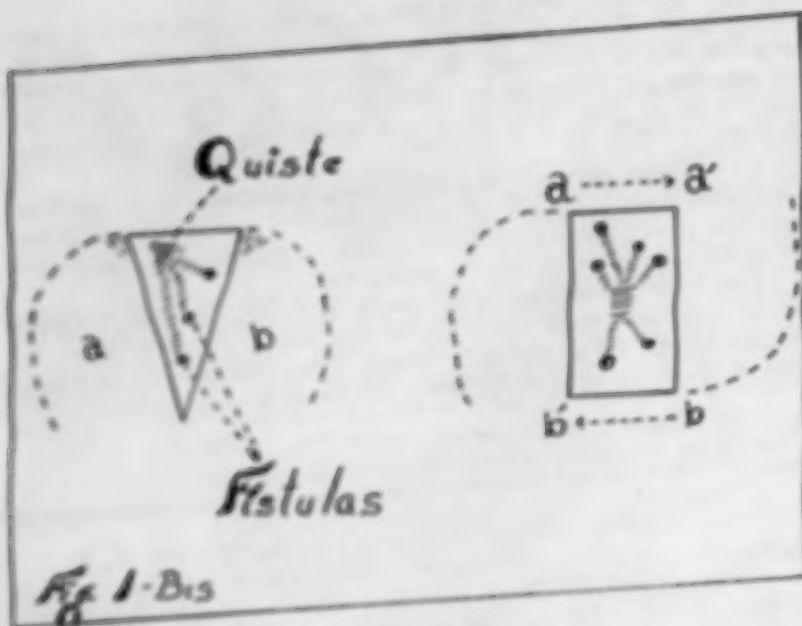
colgajo de pedículo o base ancha que se movilizará para cubrir el espacio triangular. El colgajo abarcará en profundidad los tejidos blandos hasta descubrir la aponeurosis del glúteo mayor. Movilizado el colgajo será suturado por medio de un punto de tracción sostenido con un pequeño rollo de gasa (Fig. 2) y con puntos separados superficiales (Fig. 3)

Esta técnica llevada a la práctica muy recientemente en los Estados Unidos y publicada por primera vez hasta el mes de agosto del presente año parece resolver satisfactoriamente el problema del tratamiento del quiste pilonidal y las fistulas secundarias.

Para terminar, solo me resta felicitar al Sr. Dr. Martínez Villarreal, por el interesante tema traído a esta Academia y agradecer al Sr. Dr. Joaquín Correa, Presidente de la misma, la atención que me ha dispensado al encomendarme el Comentario Oficial de este trabajo.

* * *





El Quirófano y la Coordinación Técnica en Operaciones del Sistema Esqueleto-Muscular

Por el Académico Dr. Pablo MENDIZABAL

La Operación Quirúrgica, es una función, cuyos distintos actos, deben encadenarse, insensiblemente, sin prisas ni vacilaciones.

1.—El Quirófano, como espacio para laborar, requiere las dimensiones necesarias para el fácil movimiento del personal de acción (Cirujanos, anestesista y enfermeras) así como dar cabida al equipo quirúrgico, constituido, por: una mesa ortopédica o nosóforo, para rayos X, y una o dos mesas sencillas para instrumentos; un esquiógrafo portátil; aparato tipo común de resucitación; aparato de anestesia; bomba aspirante y gasificadora; lámpara de iluminación en foco y un acumulador.

La sala debe estar a temperatura de calor moderado: 20 a 22°.

2.—Al ras de sus muros deben estar: a) el ropero para ropa estéril, con puertas de cristal, para ver fácilmente el bulto requerido; b) una alacena con puertas de cristal, para equipos instrumentales asépticos, conservados en compresas, con la inscripción clara de la clase de instrumentos contenidos; c) una alacena amplia, también con protección de cristal, que en repisas escalonadas, exhiba y dé fácil acceso a frascos que contengan el material de sutura, y, además, a un lado, un botiquín de urgencia.

3.—Contigua a la Sala de Operaciones, un espacio o cuarto, con un *escaparate*, que muestre, al encuentro, los aparatos menores especiales, de sierras, diversos tipos, para *osteosíntesis*, *desarmadores quirúrgicos*, martillos sierras, tablillas de triplay, tubos de jersey, huata, papel hidrófilo;

cinta adhesiva de celulosa, etc. y material para fijación periférica de más uso, como vendas encayoladas; además: vasijas para agua caliente, y, a menor, una mesa auxiliar grande, con plancha lavable.

4.—El material para fijación se compone de: alambres, planchas metálicas, tornillos para las mismas, cinchos, almas de acero inoxidable, cintas de alambre, alambrito torcido, barritas metálicas, vendas y férulas encayoladas; tractores podálicos de alambre, vendas de manta fuerte.

No es raro emplear férulas especiales, como: la férula acroplano de Richards para el hombro; la de Willis C. Campbell y la de Jones. Para los dedos de las manos la férula banjo, y férulas parciales para dedos; también trípode de alambre para férulas.

Otros elementos útiles, son: fieltro ortopédico; cápsulas de vitalio, de varios tamaños, de acrílico, hemisferulillas para pimplon, así como cabezillas de fémur de acrílico o de nylon; trefina de Wolfman para tornillos quebrados, atornillador de Phillips, yostóforo de Louman.

CONDUCTA TÉCNICA DE LA COORDINADORA LIDER Y DE SU PERSONAL

Como la Sala de Operaciones, es el sitio de tratamiento de una condición ortopédica (esquelética, muscular, músculo-aponeurótica, oral o visceral) en ella se enlaza el estado de la persona por tratar, con su posoperatorio, y por lo mismo, la Enfermera para normar su conducta en la coordinación técnica, debe pedir que se le envíe por escrito: el diagnóstico y estado del paciente, la preparación que se le haya hecho, así como las indicaciones precisas en su manejo, pues llenándose éstas oportunamente se mejora el índice de labilidad operatoria.

En la nota instructiva debe especificarse: el arreglo de la mesa y el equipo quirúrgico; el material completo para el trabajo no aséptico, y el personal circulante o auxiliar, a quien la enfermera, jefa o líder, instruirá sobre la conducta a seguir.

Como la anestesia es una acción capital en todo acto quirúrgico y ésta entrega al paciente para el acto, la selección de un anestésico experimentado y el modo de administración de la anestesia son de mayor importancia que el tipo de la anestesia misma. Se deben hacer todos los esfuerzos para evitar la aprehensión y angustia del paciente y mantenerlo calladamente quieto, pero no profundizar innecesariamente su anestesia, pues solo se trata de que el enfermo no sufra no de hundirlo en

QUIRÓFANO Y COORDINACIÓN TÉCNICA

una narcosis aditiva inquietante, para volverlo pronto de su sueño con el mínimo de vómitos y de depresión. Cuando se emplee anestesia por infiltración local, troncular, plexial o radicular, el enfermo no debe advertir el principio ni la marcha de la operación.

2.—La Coordinadora tendrá cuidado en duplicar los instrumentos que puedan descomponerse fortuitamente, como los de acción eléctrica, apiradores, agujas etc.

3.—Como dentro de variaciones múltiples, las operaciones ortopédicas requieren manejos especiales, se procurará, a) que las zonas de piel por desinfectar sean muy amplias, teniendo en cuenta que con frecuencia, estas son más de una, y aun en dos personas a la vez; b) la coordinación de enlace, intervendrá en el manejo de los escayolados, por lo cual debe saber: cómo se preparan las vendas, las férulas y otros arreglos del yeso; cómo se hidratan estas, y por cuanto tiempo, saberlas exprimir en su grado debido, así como presentarlas al cirujano para su aplicación. Esto significa conocer la clase de venda que se emplea; c) Intervendrá en el manejo del enfermo al recibirlo, disponiendo su conducción dentro de la Sala de Operaciones, así como su colocación cuidadosa en la mesa; lo cual entraña el conocimiento del diagnóstico y estado del paciente, disponiendo el esquiaescopeo en sitio de fácil observación, con la placa o placas seleccionadas d) dispondrá la manera en que el enfermo debe ser llevado a su cama —de acuerdo con las instrucciones del cirujano y de su propia observación en el acto quirúrgico— dejando a la enfermera del Servicio (sala o sección) las instrucciones que el cirujano le entregue, en la ordenata del protocolo, que invariablemente debe llevarse al acto quirúrgico. Estas instrucciones se refieren a la colocación determinada en la cama; actitud o postura, y dispositivos adicionales de fijación, labores tan importantes como la operación misma.

Al arreglar los campos, el o la coordinación de enlace, lo hará de tal manera que queden bien fijos y no se corran por los movimientos que se imprimen al miembro o zona que se opere.

Manejará, sin titubeos, en forma casi medular, la mesa ortopédica y todos los aparatos: succión eléctrica e hidráulica, resucitador, aparato de oxígeno, lámpara de luz en foco (spot light) contactos eléctricos múltiples, acumulador y dispositivos de venoclisis, tensiómetros etc.

El personal de enlace, nunca abandonará el Quirófano antes de que los actos quirúrgicos y técnico complementario, hayan concluido.

Síntesis de Literatura Reciente

PROLAPSO TRANSPÍLORICO DE LA MUCOSA GÁSTRICA

Abdell A. de Lencastre y Claudius Y. Yates. West. J. Surg. 60: 571-578, Nov. 1952.

Los autores creen que la profesión médica tiende a descontar el prolapso de la mucosa gástrica como entidad clínica. En su experiencia se observa cuando menos una vez de cada 10 entre ellos hallazgos comunes que pueden encontrarse en síntomas diversos.

Consideran al prolapso de la mucosa gástrica como una entidad clínica.

Radiológicamente hay excesiva secreción en el estómago y debe de esperarse espasmo antral o piloro espasmo.

La imagen típica es el defecto de replicación en forma de hongo, coliflor o sombrero en la base del bulbo.

La condición debe de ser diferenciada del espasmo antral o del piloro, hipertrofia del músculo pilórico, lesión ulcerosa en el piloro, carcinoma papilífero, pólipo en pilorus, duodenitis y úlcera duodenal.

Los autores concluyen que la gran mayoría de los casos responden al tratamiento médico y que los severos deben de ser tratados quirúrgicamente.

Se presentan 5 casos ilustrando algunos de los problemas diagnósticos y terapéuticos asociados con este padecimiento.

Se incluyen radiografías. (no se discute el diagnóstico diferencial con páncreas duodenal).

D. P. C.

PROLAPSO DE LA MUCOSA GÁSTRICA

Revisión de 117 casos en práctica privada.

Dr. Mr. Chas Johnson, J. M. A. Georgia 41:409-455, Oct. 1952.

El autor discute ampliamente los diversos aspectos del prolapso de la mucosa gástrica basando en una revisión de 117 casos vistos en un periodo de 3 años.

El propósito es tratar de aclarar la confusión que existe, llegando a las siguientes conclusiones:

CIRUGÍA Y

El prolapso de la mucosa gástrica a través del píloro es una condición frecuente. El conocerla explica a menudo los síntomas y el paciente puede ser rehabilitado. Frecuentemente se asocia con úlcera duodenal o la mucosa prolapsada puede así mismo ulcerarse. Pueden causar hemorragias masivas. No hay evidencia de que la mucosa prolapsada tenga predisposición a sufrir cambios malignos excepto en un solo caso reportado.

El bulbo duodenal es usualmente nítido presentando en la base una imagen con aspecto de invaginación caracterizado por una zona de forma de hongo o sombrilla. El defecto puede envolver ambos lados del bulbo. Si solamente un lado es el afectado las posibilidades de que sea debido a un pólipo deben de tenerse en cuenta.

A menudo las líneas mucosas de la mucosa prolapsada pueden observarse a través del píloro y llegar a la base del bulbo duodenal. En la mayoría de los casos los síntomas mejoran por tratamiento médico, el cual debe prolongarse tanto como sea posible antes de recurrir a la cirugía. En algunos casos el prolapso de la mucosa gástrica produce síntomas de importancia que justifican el acto quirúrgico.

En algunos casos la operación debe de limitarse a realizar una píloro-plastia o en otros hay necesidad de realizar resección sub-total.

La elección del procedimiento depende del caso clínico en especial.

Se presentan 31 placas radiográficas, 3 fotografías y 7 cuadros.

D. P. C.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTROFIA PILORICA EN EL ADULTO

William P. Kleitsch. Arch. Surg. 65: 655-664, Nov. 1952.

.....

El autor presenta 4 casos de hipertrofia pilórica en el adulto los cuales se pensó antes de ser operados en que podrían tratarse de ulceraciones con estenosis o carcinoma antral.

La sintomatología de estos cuatro enfermos no presenta aspecto característico. Un enfermo obtuvo mejoría parcial al vomitar la que se agravaba con la ingestión de alimento, lo que piensa el autor puede ser un signo importante para diferenciar la hipertrofia de la ulceración.

El autor considera que la imagen radiológica es típica, constante y fácilmente reconocible y la cual es la del canal pilórico alargado y estrecho con el esfínter engro-

radio, dando la impresión de un defecto de reflexión que rodea el auto. El alargamiento y estrechamiento del canal pilórico es denominado el "signo de la cuerda pilórica".

No hay modificación de la imagen por los anti-españólicos. (la diferencia radiográfica entre el estrechamiento producido por la hipertrofia pilórica y la producida por el carcinoma actual no es discutida).

En la exploración quirúrgica 3 pacientes mostraban asociación con úlcera gástrica y el 4º tenía una cicatrizada.

El tratamiento quirúrgico usado varía debido a la presencia de las alteraciones.

En el tratamiento de la hipertrofia es complicada con úlcera se hizo piloroplastia o gastrectomía parcial tipo Billroth I.

Se presentaron 4 imágenes radiográficas, 2 fotografías, 1 fotomicrografía y 2 diagramas.

D. P. C.

3000001

SOCIALES

La sesión del día cinco de los corrientes, la Academia Mexicana de Cirugía, la dedicó al VII Congreso Latino Americano de Cirugía Plástica, habiendo tomado parte en ella, el Dr. Paul Greeley de los Estados Unidos de América, quien disertó sobre Reparación del Mielomeningocelular mediante plástia y el Dr. Héctor Ardao del Uruguay, quien habló sobre Reparación de las lesiones tendinosas de las manos.

El señor Presidente de la Academia Dr. Joaquín Correa, antes de principiar la sesión, dirigió algunas palabras a los médicos visitantes y al terminar la sesión hizo lo propio el Dr. Mario González Ulloa, Presidente del Congreso a que nos hemos referido.

DISCURSO DE BIENVENIDA DEL DR. ENRIQUE PEÑA DE LA PEÑA EN LA SESION DE ACERCAMIENTO CON LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE GUADALAJARA

SRES. ACADEMICOS,

SRES. CIRUJANOS DE GUADALAJARA

Siendo el intercambio de los conocimientos científicos en nuestra profesión una necesidad imperiosa que nos permite, al divulgar nuestros conocimientos y experiencias personales, aumentar nuestro acervo de cultura médica, la Academia Mexicana de Cirugía, conciente de ésta necesidad, ha venido desarrollando con la mayor atingencia posible las sesiones de acercamiento con los profesionistas más destacados de los distintos Estados de la República. La actual Mesa Directiva de ésta Honorable Academia, está tratando por todos los medios posibles aumentar el número de estas sesiones, así como presentar simposiums sobre distintos temas que indudablemente serán de gran interés, como el que en esta ocasión vamos a tener la oportunidad de escuchar.

Tócame en esta ocasión tener el honor de ser el portavoz de esta Honorable Academia Mexicana para hacer pública su satisfacción de reci-

fue en esta sesión de acercamiento a los distinguidos Sres. Dres. Javier Preciado Zepeda, Carlos Ramírez, Alfonso Topete, Fernando Romero, y Roberto Vázquez Pallares, eminentes cirujanos de Guadalajara, quienes se han consagrado a la especialidad de cirugía vascular, en la cual han descollado, habiendo presentado numerosos trabajos tanto de tipo experimental como clínico, en distintos Congresos Médicos, así como en varias Asambleas de Cirujanos.

El Dr. Javier Preciado Zepeda, es el Presidente Actual de la Sociedad de Cirugía de Guadalajara y pertenece a la Sociedad Médica de Guadalajara.

El Sr. Dr. Carlos Ramírez, es miembro de las siguientes Sociedades: Sociedad de Cirugía de Guadalajara, Sociedad de Radiología, Sociedad Médica de Guadalajara y es el Secretario actual de la Sociedad de Cancerología. En la Facultad de Medicina es Prof. de Radiología Clínica.

El Sr. Dr. Alfonso Topete, es Presidente de la Sociedad de Cirugía, miembro de las Sociedades: Médica de Guadalajara, Sociedad de Cancerología de Guadalajara, Sociedad de Neumología y Sociedad Médica de Occidente. En la Facultad de Medicina es Prof. de Cirugía Experimental y también de Introducción a la Medicina.

El Sr. Dr. Roberto Vázquez Pallares, es Prof. de Patología General y Especial, y Miembro de las siguientes Sociedades: Sociedad de Cirugía, Sociedad Médica de Guadalajara y Sociedad de Cancerología.

El Sr. Dr. Fernando Romero, es miembro de las Sociedades de: Cirugía de Guadalajara, Sociedad Médica de Guadalajara, y Sociedad de Cancerología.

Por otra parte, es para mí muy satisfactorio hacer presente nuestro agradecimiento y felicitación a los Sres. Académicos Correspondientes en Guadalajara Sres. Dres. Ignacio Chávez, Miguel Baeza, Gabriel Vázquez Arroyo, Delfino Gallo y Roberto Mendiola, por su magnífica labor para la realización de esta Sesión de acercamiento.

Es para nosotros un verdadero placer tener la oportunidad de escuchar a los distinguidos Sres. Dres., que nos visitan y en nombre de la Academia Mexicana de Cirugía doy a ustedes la más cordial bienvenida, deseando que su estancia entre nosotros sea lo más placentera.

Hanamos conocer posteriormente los importantes trabajos que se presentarán.

CIRUGÍA Y

EN CASOS DE URGENCIA...

**UN
RECURSO
TERAPEUTICO
EFICAZ**



C I B A

DE MEXICO, S.A.

Licencia exclusiva para médicos.

Reg. Prop. No. A-B-FI-10220/54 S. S. A.

**COLAGOGO
COLERETICO
Y EVACUANTE**



VERACOLATE

VERACOLATE

VERACOLATE

VERACOLATE

estimula la secreción de bilis normal y la mantiene en solución.

produce un efecto evacuante en la vesícula y conduce limpiéndolos de colesterol y pequeños cristales aglomerados.

favorece la eliminación de secreciones mucosas excesivas que obstruccionan los conductos biliares.

debido a sus propiedades laxantes, evita el estreñimiento tan frecuente en la estasis biliar.



VERACOLATE

William R **WARNER and Co. Inc.**



Reg. 17403 S.S.A. Prop. A-383, 31 S.S.A.